福建省肿瘤医院限制类医疗技术培训进修申请表

报名编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 年龄 | |  | 照片 | |
| 身份证号码 |  | | | | 从事专业 |  | | |
| 现聘专业技术职称 |  | | | | 聘任时间 |  | | |
| 医师资格  证书编码 |  | | | | 专业 |  | | 发证时间 |  | |
| 执业医师  证书编码 |  | | | | 执业范围 |  | | 注册时间 |  | |
| 现工作单位及科室 | | |  | | | 相关专业临床诊疗  工作年限 | | |  | |
| 联系电话 |  | | | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 高  等  教  育  经  历 | 起止年月 | | 毕业院校 | | | 专业 | | 学历 | 学位 | |
|  | |  | | |  | |  |  | |
|  | |  | | |  | |  |  | |
|  | |  | | |  | |  |  | |
| 工  作  经  历 | 起止年月 | | 工作单位 | | | 科室及相关工作 | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| 申请参培技术名称 | |  | | | | | | | | |
| 本人承诺以上信息真实可靠。 签字： 日期： | | | | | | | | | | |
| 医疗  机构  信息 | | 医院名称 | |  | | | | 医院等级 | |  |
| 单位地址 | |  | | | | | | |
| 单位联系人 | |  | | | 联系人电话 | | |  |
| 单位意见： 盖章： 日期： | | | | | | | | | | |