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： |