

委托定向培训人员申请表

姓名		性别		年龄		民族		照片
学历				政治面貌				
健康状况		职务		职称				
工作单位				邮编				
工作单位地址								
本人手机				本人电子邮箱				
所在科室				从事申请专业工作年限				
现从事专业				申请培训专业		<input type="checkbox"/> 急诊医学 <input type="checkbox"/> 重症医学 <input type="checkbox"/> 感染病学 <input type="checkbox"/> 结核病学	<input type="checkbox"/> 儿科学 <input type="checkbox"/> 围产医学 <input type="checkbox"/> 麻醉学	
医师执业证号				身份证号				
一、个人主要学习及工作经历								
主要 学 历	起止时间			学校名称及所学专业			备注	
主要 工 作 经 历	起止时间			工作单位全称及所在科室			备注	
主	起止时间			进修培训单位名称及所在科室			备注	
要 进 修 经 历								

