附件

**梧州市人民医院限制类技术培训基地进修报名表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 年 龄 | |  | 籍 贯 |  |
| 工作  单位 | |  | | | | | | | 邮 编 |  |
| 职 称 | |  | | 学 历 |  | | 联系电话 | |  | |
| 何时何校毕业 | |  | | | | 何时参加工作 | |  | | |
| 个  人  简  历 | 主要学历  和学校名  称 | |  | | | | | | | |
| 主要工作经历和单位名称 | |  | | | | | | | |
| 目前已对专业技术掌握程度 | | |  | | | | | | | |
| 培训技术名称  培训时长意愿  培训要求 | | |  | | | | | | | |
| 选  送  单  位  意  见 | | | 单位公章  年 月 日 | | | | | | | |
| 主  管  部  门  意  见 | | | 年 月 日 | | | | | | | |