附件1

****

**茂名市人民医院**

**神经血管介入诊疗技术培训申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 |  |
| 科 室 |  |
| 选送单位 |  |
| 单位等级 |  |
| 个人电话 |  |
| 申请专业 |  |
| 填表日期 |  |

**培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 2寸彩照 | |
| 选送医院 | |  | | | | | 申请专业 |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | 邮编 |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | 手机电话 | |  | |
| 教育  背景 | 自何年月起 | | 至何年月止 | | | 学校 | | | | 学历、学位 | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
| 工作  简历 | 自何年月起 | | 至何年月止 | | | 工作单位及部门 | | | | 职称、职务 | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
| 培训  目的  和需  求 |  | | | | | | | | | | |
| 开展  工作  简况 |  | | | | | | | | | | |
| 选送  单位  意见 | （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 培训  中心  意见 | （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |