

附件

限制类诊疗技术培训基地学员报名表

姓 名		性 别		民 族	
出生年月			身份证号		
职 称		职 务		执业范围	
医师资格 证书编码			医师执业 证书编码		
单位通讯地址				邮 编	
最后学历	毕业时间	毕业院校		专 业	学 位
联系电话					
电子邮箱					
现从事专业			培训专业		
工作简历	起止年月	单 位			

学历经历	起止年月	单 位
从事相关限制 类医疗技术工 作经历		
工作单位意见		
	(盖章) 年 月 日	
培训基地意见		
	(盖章) 年 月 日	