成都医学院第一附属心血管疾病介入诊疗技术（四川省限制类医疗技术）规范化培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 职务 |  | 工作年限 |  | 出生年月 |  |
| 职称 |  | 学位 |  | 健康状况 |  |
| 工作单位： |
| 单位地址： | 邮箱： |
| 身份证号： | 联系电话： |
| 申请培训专业：心血管疾病介入诊疗技术 |
| 主要学习经历 | 时间 | 学校 | 专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要工作经历 | 时间 | 单位 | 工作科室 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 临床业务情况 |  |
| 送培单位意见 | 送培单位意见：单 位 公 章 年 月 日  |