附件

**钦州市第一人民医院限制类技术培训基地报名表**

 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 |  |
| 主管部门意见 |  |