**四川大学华西医院人体器官移植医师培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 年 龄 |  | 照 片 |
| 学 历 |  | | 所学专业 |  | | 毕业时间 |  |
| 技术职称 |  | | 邮 箱 |  | | 执业类别 |  |
| 联系方式 |  | | | | | 单位联系方式 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | 职务 |  | |
| 申请时间 |  | | | | | 目前从事专业与年限 |  | |
| 参加工作时间 |  | | | | | 医师执业证书编号 |  | |
| 医师资格证书编号 |  | | | | | 获得职称时间 |  | |
| 学习  工作  简历 | 自何年月起 | 至何年月止 | | | 工作/学习单位及部门 | | | 职 务 |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| 近三年  奖惩记录 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 培训基地意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |