**河南省妇幼保健骨干医师培训申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 贴照片 |
| 年 龄 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 健康状况 |  |
| 职 称 |  | 身份证号码 |  |
| 单位联系人及联系方式（必填） |  | 联系电话 |  |
| 所在单位名称 |  市 县 医院 |
| 单位类别（请划√） | 市级□ 县级□ |
| 医师资格证号 |  |
| 医师执业证号 |  |
| 申请培训专业 |  |
| 工作经历 | 起 止 年 月 | 工作单位名称 | 职 称 |
|  |  |  |
| 选送单位意见 | 盖章（单位公章） 年 月 日 |

**申请人签字：**

填表日期： 年 月 日 **备注：除申请人签字部分需要本人签名外，其他内容需打印。**