附件3

培训编号：

 医院培训申请表（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片（1寸） |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 | 年 月 |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 现从事的专业 |  | 专业技术职称 |  |
| 最高学历 |  | 执业医师证书编号（未注册可填无） |  |
| 申请培训单位 |  | 申请培训科室 |  |
| 申请培训时间 | 年 月 日 至 年 月 日 |
| 申请人培训情况说明（培训目的） | 申请人签字：年 月 日 |
| 培训单位意见 | （公章）年 月 日 |