附件4

医院培训人员学籍表（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | | | 照  片  （1寸） | |
| 政治面貌 | | | |  | | | 民族 |  | 婚否 |  | |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | | |
| 工作单位 | | | |  | | | | | | | |
| 专业技术职称 | | | |  | | | | 职务 |  | | |
| 参加工作时间 | | | | 年 月 日 | | | | 联系电话 |  | | | | |
| 毕业学校 | | | |  | | | | | 最高学历 | |  | | |
| 毕业时间 | | | | 年 月 日 | | | | | 所学专业 | |  | | |
| 培训单位 | | | |  | | | | | 培训专业 | |  | | |
| 培训时间 | | | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学习成绩表 | 学习课程或培训学习内容 | | | | | | | 学 时 | 考试成绩 | | | | 负责教师 |
|  | | | | | | |  |  | | | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | |  |
| 结业证书编号 | | |  | | | | | 发放日期 | 年 月 日 | | | | |
| 经办人/联系电话 | | | | |  | | | 领取人 |  | | | | |
| 备注 | | | | | （ 本表一式二份：培训机构、学员各一份） | | | | | | | | |