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） |