附表1

**国家级限制类医疗技术培训学员申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名 |  |
| 原工作单位 |  |
| 申请单位 |  |
| 学科、专业 |  |
| 填表时间 |  |

**限制类医疗技术培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 技术职称 |  | 行政职务 |  |
| 单位通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 最后学历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专业 | 学位 |
|  |  |  |  |
| 联系电话 |  |
| 电子信箱 |  |
| 现从事专业 |  | 培训专业 |  |
| 掌握何种外语 |  | 熟练程度 |  |
| 工作简历 | 起止年月 | 单位 |
|  |  |
| 主要论文/科研情况 |  |
| 本人具体专业方向及专业水平自评 |  |
| 从事口腔颌面外科工作经历 |  |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 接收部门意见 | （盖章） 年 月 日 |