附表2

**国家级限制类医疗技术培训学员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  |  |
| 选送医院 |  | | | 申报技术 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮 编 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 第一学历、毕业学校 | |  | | | | | | |
| 主要学历  （起至年月） | |  | | | | | | |
| 工作简历  （起至年月） | |  | | | | | | |
| 从事口腔颌面外科工作实践情况 | |  | | | | | | |
| 近五年发表论文、著作(卷名、期刊号、页码) | |  | | | | | | |
| 选送医院意见：      公 章  年 月 日 | | | | | 接收培训基地意见：  公 章  年 月 日 | | | |