附件3

感染疾病科骨干医师研修班学员报名表

医院名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学员姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 学 历 |  | 技术职称 |  | 职务 |  |
| 从事专业 |  | | | 所在科室 |  |
| 移动电话 |  | 电子邮箱 |  | | |
| 参加学习和  工作简历 |  | | | | |
| 所在医院  意见 | 公章：  负责人： 年 月 日 | | | | |