百色市人民医院妇科内镜诊疗培训基地招生报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | （照片） |
| 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 出生年月 |  | 健康情况 |  |
| 身份证号 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 工作单位 |  |
| 所在科室 |  | 职务 |  |
| 职称 |  | 是否从事过普通外科内镜诊疗技术 |  |
| 申报基地 |  | 申报专业 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 手机号 |  | 邮箱 |  |
| 学习经历 |  |
| 工作经历 |  |
| 专业水平 |  |
| 普通外科内镜工作经历 |  |
| 工作单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 培训基地意见 |  （盖章） 年 月 日 |

注：以上表及报名学员的医师资格证书、医师执业证书、专业技术职称证书复印件、单位介绍信需经所属执业医院盖章，扫描发送至我院医务部邮箱（syyyiwuke@163.com）进行报名。