江苏省基层卫生技术人员中医药知识与技能培训人员

基本情况登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 学历 | |  | | | | 民族 |  |
| 专业技术职务 | | | |  | | | 何时受聘 | |  | | 专业特长 | |  | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | 从事基层工作年限 | | | | |  | | | |
| 医师资格证书类型（乡村医生资格证书） | | | | | |  | | | 编 号 | |  | | | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| **个人简历**(包括主要学习简历和主要工作简历): | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **单位推荐意见（并明确是否接受培养要求）：**  单位负责人（签名） 单位（盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **县（市、区）级卫生健康委意见：**    单位负责人（签名） 单位（盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **市级卫生健康委意见：**  负责人（签名） 部门（盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |