河南省洛阳正骨医院人工髋关节置换诊疗技术

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 |  | 是否从事过人工髋关节置换诊疗技术 |  | |
| 培训地点及时间 | □3个月在洛阳院区、3个月在郑州院区  □6个月都在洛阳院区 □6个月都在郑州院区  备注：医院将根据具体情况安排培训地点及时间 | | | |
| 邮编 |  | 通讯地址 |  | |
| 手机号 |  | 邮箱 |  | |
| 工作学习经历 |  | | | |
| 相关诊疗技术工作经历 |  | | | |
| 工作单位意见 | 盖章 年 月 日 | | | |
| 培训基地意见 | 盖章 年 月 日 | | | |