附件1

**内蒙古医科大学附属医院**

**呼吸治疗培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 英语水平 |  | 照片 |
| 职务 |  | 职称 |  | 最高学历 |  | 第一学历 |  |
| 身份证号 |  | 执业证书注册号 |  |
| 单位 |  | 所在科室 |  |
| 邮政编码 |  | 近5年在各个级发表论文数 |  | 手机号码 |  |
| 邮箱 |  |
| 临床工作年限 |  | QQ号 |  | 微信号 |  |
| 学习经历 |  |
| 工作经历 |  |
| 专业主要成绩 |  |
| 科室意见 |  签名; 盖章：日期： 年 月 日 |
| 单位意见 | 签名： 盖章： 日期： 年 月 日 |

请按照要求提交真实有效的材料