限制类医疗技术培训申请表

**姓 名**

**培训科目**

**选送单位**

**联系手机**

**广东省梅州市人民医院**

**年 月 日**

**培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **籍贯** |  |
| **文化程度** |  | **技术职称** |  | **医师资格证号** |  |
| **现从事专业** |  | **职 务** |  | **执业证号** |  |
| **主要学历与经历：** |
| **从事相关限制类医疗技术工作经历：** |
| **选送单位意见：** **选送单位盖章： 年 月 日** |
| **说明：**1.培训时长详见招生简章。2.《限制类医疗技术培训申请表》（一式一份），《医师资格证书》、《医师执业证书》、《医师职称证书》、学历证书复印件；拟申请心血管介入、脑血管介入培训学员，须提交近2年的放射人员职业健康体检报告复印件。3.培训费用标准：1000元/月，不含食宿。4.结业管理：学员须提交《限制类培训基地学员培训手册》给各基地审核，通过审核的学员方能参加结业考核(含理论考核、技能考核)，结业考核合格的学员颁发限制类医疗技术培训结业证书。培训期半年以上者同步颁发进修结业证书。5.联系地址：梅州市梅江区新峰路63号梅州市人民医院9号楼7层技能培训中心办公室，电话：0753-2131696。 |