附件**：**

山东大学齐鲁医院内镜诊疗技术培训班报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 　 　 年 月 日 | 照片（加盖医院公章） |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 民 族 |  | 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历/学 位 |  | 职称  |  | 职务 |  |
| 电子邮箱 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 工作单位 |  |
| 单位通讯地址邮编 |  | 联系电话 | 座机： |
|  | 手机： |
| 主要工作学习经历 | 时 间 | 工 作 单 位 | 任何职务 |
|  |  |  |
| 申报单位意见 | （盖章）　　　　　 年 　 月 　 日 |
| 培训单位审批意见 | （盖章）　　　　　 年 　 月 　 日 |

**注：本表须用签字笔或蓝黑墨水钢笔填写，并在照片上加盖医院公章方有效。**