

《儿童重症青年人才培训班报名表》

姓名_____性别_____出生年月_____

身份证_____籍贯_____

民族_____党派_____技术职称_____专业_____

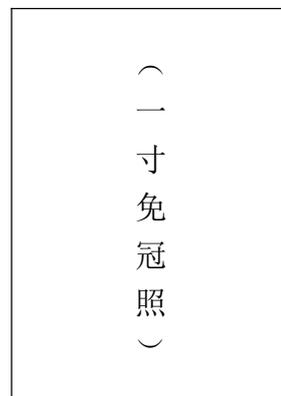
毕业院校_____学历_____

工作单位_____职务_____

单位地址_____

单位电话（区号）_____手机_____

电子邮箱_____



主要工作经历（指在国内外从事医疗、科研、教育、管理等）

起 止 年 月	工 作 单 位 及 职 务

主要科研成果及获奖情况

主要进修情况（指在国内外的进修情况）

审查意见

所在单位意见	
单位公章 年 月 日	
备注	