${templeteName}

短期培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | ${userName} | | | 性 别 | | ${sexName} | | 年 龄 | | | | ${userAge} | | |  | | --- | | ${headImg^html} | |
| 身份证号 | ${idNo} | | | 民 族 | | ${nationName} | | 职 称 | | | | ${titleName} | |
| 所在科室 | ${deptName} | | | 工作年限 | | ${jobYear} | | 职 务 | | | | ${postName} | |
| 联系电话（手机） | | | ${userPhone} | | | 选送单位纳税人识别号 | | | | | ${identificationNumber} | | | |
| 医师执业证书编码（必填） | | | | | ${certifiedNo} | | | | 执业资格 | | | | ${certifiedTypeName} | |
| 最高学历 | | 起止时间 | | | 毕业学校 | | | | 毕业专业 | | | | 是否熟练电脑 | |
| ${maxEduName} | | ${maxEduDate} | | | ${schoolName} | | | | ${schoolSpeName} | | | | ${isComputer} | |
| 选送单位及详细地址（请注明医院等级） | | | | | ${sendComInfo} | | | | | | | | | |
| 短期培训专业 | | ${speName} | | | 短期培训时间 | | ${stuTimeName} | | | 短期培训批次 | | | | ${stuBatName} |
| 工作服尺寸 | | ${clotherSizeName} | | | | | | | | 是否住宿 | | | | ${isPutup} |
| 短  期  培  训  目  的 | | ${studyAim} | | | | | | | | | | | | |
| 本人从  事专业  现有业  务水平 | | ${vocationalLevel} | | | | | | | | | | | | |
| 选送单  位意见 | | **单位（盖章） 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | | 1.医院每年招生4次，分别为1月、4月、7月、10月上旬入学，请按“招生简章”要求，**提前30天以上**填写资料。  2.短期培训专业请按照“招生简章”中医院**招生科室目录**名称填写，否则不予录取。  3.报到时需提供此表原件和医（护）执业证、身份证原件及复印件。  4.此表填报当年当次有效，且调整到一张A4纸打印。 | | | | | | | | | | | | |