附件1：

**临沂市基层医疗机构中医药技术骨干培养项目**

**申 报 表**

申报人：

单位名称：

单位通讯地址：

邮政编码： 联系电话：

传真： 电子邮件：

**临沂市卫生和计划生育委员会**

**二〇一六年七月**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 | |  |
| 职称 | |  | 学历 |  | 专业 | |  |
| 职务 | |  | | | 工作年限 | |  |
| 医师资格证书号 | | |  | | 医师执业证书号 | |  |
| 联系电话 | | |  | | 电子邮箱 | |  |
| 申请带教老师姓名 | | |  | | 带教老师单位 |  | |
| 本人主要学习工作经历 |  | | | | | | |
| 本人曾获得的奖励 |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| 单位意见：  负责人签名：  单位印章  年 月 日 |
| 县区卫计局意见：  单位印章  年 月 日 |
| 市卫生计生委意见：  单位印章  年 月 日 |