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 |