附件2

浙江省中级呼吸治疗师/初级呼吸治疗师导师培训报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | | 一  寸  免  冠  照  片 |
| 工作单位 |  | 单位级别 |  | |
| 工作科室 |  | 从事专业 |  | |
| 专业技术职务 |  | 最高学历 |  | |
| 身份证号 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 通讯地址 |  | | 手机号码 |  | |
| 工作简历 |  | | | | |
| 个人业务技能描述 |  | | | | |
| 所在单位意见 | 年 月 日  （公章） | | | | |

报名者需满足以下任一条件：

1. 完成呼吸治疗进修或学习并考核合格具有培训合格证书的医护人员：浙江省初级呼吸治疗师培训/中国医师协会呼吸医师分会呼吸治疗单修培训/已认证培训单位的呼吸治疗专项进修≥3个月；
2. 专业从事呼吸治疗工作5年以上：有呼吸治疗工作流程和规范/有单独的呼吸治疗排班/呼吸治疗相关评估记录；
3. 呼吸治疗本科毕业并专业从事呼吸治疗工作2年以上。