附件

浙江省急重症超声专项人才培训（第二阶段）

报名申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 一寸免冠证件照  粘贴处  （用于制作证明） |
| 工作单位 |  | 职称 |  |
| 工作科室 |  | 职务 |  |
| 手机号码 |  | 身份证号 |  | |
| 通讯地址 |  | | 电子邮箱 |  |
| 急重症超声技能情况概述 |  | | | |
| 所在单位  意见 | 年 月 日  （公章） | | | |