附件3

初级呼吸治疗师实践培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | |
| 职 称 |  | | 最高学历 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | 电子邮箱 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | 手机号码 | |  | |
| 第一阶段理论考核成绩 | |  | | 拟申请基地 | |  | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | |
| 个人业务技能描述及  期望达到培训效果 |  | | | | | | | |
| 所在单位  意见 | 年 月 日  （单位公章） | | | | | | | |

注：培训基地为浙江医院/浙江大学医学院附属邵逸夫医院/浙江大学医学院附属第一医院3选1，培训时长为全脱产3个月。