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。