附件 3

湖北省紧缺人才和县级骨干人才 培训项目学员申报表

所属地市：

项目类别： 麻醉 康复 临床药师 县级骨干

申 请 人： 工作单位： (盖章) 联系电话：

湖北省卫生健康委科教处

2022 年 7 月制

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 出生年月 |  | | 性 别 | |  |
| 民 族 | |  | | 职 称 |  | | 受聘时间 | |  |
| 毕业院校 | |  | | 学 历 |  | | 学 位 | |  |
| 从事专业及方向 | |  | | | | | 从事临床 工作时间 | |  |
| 个人简历(包括大学以上学习简历和工作简历) | | | | | | | | | |
| 学习 简历 | 起止年月 | | 学校 | | | 专业 | | 学历及学位 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| 工作 简历 | 起止年月 | | 单位 | | | 从事何种工作 | | 职务及职称 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| 从事临床专业工作情况 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 拟定的学习目标和学习计划 |
|  |

二、审核意见

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位  科室主任  意见 | (科主任签字)  年 月 日 |
| 所在单位 推荐意见 | (盖章)  年 月 日 |
| 培训基地 意见 | (盖章)  年 月 日 |