**华中科技大学同济医学院附属同济医院器官移植研究所培训基地招生学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 年 龄 |  |
| 最高学历 |  | 职 称 |  | | 电子邮箱 |  |
| 手机号 |  | 身份证号码 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 培训项目 | □肝 □肾 □胰腺 □心脏 | | | | | |
| 本科及以上学历 | 起止年月 | | | 学校名称 | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| 主要工作及进修经历 | 起止年月 | | | 工作/进修单位，内容 | | |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| 现 在 业 务 水 平  （从事专业工作时间与水平） | |  | | | | |
| 本人签名 | |  | | | | |
| 选 送 单  位 意 见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | |