附件3

辽宁省医疗卫生健康适宜技术培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 年龄 | |  | 所在科室 |  | 照 片 |
| 最高学历 | |  | 职称 | |  | 从事专业及年限 |  |
| 工作单位 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 申请培训项目 | | | |  | | | | |
| 邮箱地址 | | | |  | | | | |
| 有无基础 | 无 | 🞎从未接触过 🞎接触过但未应用过 | | | | | | |
| 有 | （主要填写完成相关操作的情况） | | | | | | |
| 预期培训目标 | | 🞎优秀 🞎合格 | | | | | | |
| 学习形式 | | 🞎 全脱产 🞎 半脱产 | | | | | | |
| 申请学习时间 | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | |
| 学习目的： | | | | | | | | |
| 派出单位意见:  负责人（签字）：    公 章  年 月 日 | | | | | | | | |