**中国骨科医师协会外固定与肢体重建工作委员会**

**国家康复辅具研究中心附属康复医院**

**中国西部矫形骨科医生培训申请表**

姓 名

职 称

进 修 科 目

单 位 名 称

单 位 地 址

联 系 电 话

电 子 邮 箱

执业证书编号

年 月 日 填写

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 文化程度 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 外语种类 |  |
| 外语程度 |  | 工作年限 |  |
| 科室名称 |  |
| 主要经历特长 |  |
| 专业水平 |  |
| 学习内容 |  申请人签字 |
| 科室推荐意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 单位推荐意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 接收单位意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 备注 |  |