附件1

**2024年中国康复医学会重症康复**

**专科医师培训班申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 一寸照片 |
| 学 历 |  | 身份证号码 |  |
| 所在科室 |  | 职称/职务 | / |
| 微信号 |  | 联系电话（手机） |   |
| 单位名称 |  |
| 医师执业证书编号 |  | 参加工作时 间 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 个人简介 |  |
| 选 送单 位意 见 | 签名 盖章 年 月 日 |