

第二届
CDQI 国家标准化心肺康复导师培训班

报 名 表

工作单位：_____

姓 名：_____

培训专业：_____

培训时间：_____

电子邮箱：_____

姓名		年龄		性别		民族		照片		
政治面貌		健康状况		籍贯		婚否				
工作单位				医院级别						
参加工作时间				工作年限						
从事专业/职务				职称						
最高学历				毕业时间						
毕业学校				所学专业						
从事专业				专科年限（年）						
开始时间				结束时间						
单位详细地址										
身份证号码									本人手机	
紧急联系人				与本人关系		联系人手机				
主要学历	起 止 年 月			学 校 名 称			专 业			
工作经历	起 止 年 月			工 作 单 位 名 称			职 务			

本人专业水平	
选送单位意见	(盖章) 年 月 日

请填写好申请表, 并盖章后, 发送至邮箱majing19902020@163.com