

江苏省糖尿病足病治疗师培训班学员报名表

姓 名		性 别		照片 (小二寸正面 彩色免冠)
出生年月		最高学历		
英语水平		毕业院校		
职 称		职 务		
身份证号		所报临床 专科年限		
医院等级		医院床位数		
工作单位			所在科室	
开始工作时间	年 月			
联系地址				
联系电话	固定电话:		手机:	
电子邮箱				
医务处/护理部	联系人:		联系电话:	
工作经历(工 作后各专科轮 转经历)				
以往参加过何 种糖尿病足病 相关知识培训				
发表相关论文 及科研项目				
单位推荐意见:			江苏省糖尿病足病联盟:	
(医院盖章)			江苏省医学会意见:	
(护理部盖章)			(盖章)	
年 月 日			年 月 日	