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：  （医院盖章） （护理部盖章）  年 月 日 | | | 江苏省糖尿病足病联盟：  江苏省医学会意见：  （盖章）  年 月 日 | | |