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 |