

徐州医科大学附属医院

危急重症救治综合能力提升班

培 训 申请表

**姓 名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**单 位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**科 室：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**申请时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ※使用说明： 请用A3纸打印填报徐医附院医务处

一、学员基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 粘贴照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 职称职务 |  |
| 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 所在单位 |  | 从事专业 |  | 从事年限 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| **个人简历**(专业教育和工作经历) |  |
| 既往参加过何种相关培训或进修 |  |

|  |
| --- |
| 本次培训目标： |
| 选送单位科室意见： 负责人：年 月 日  |
| 审查 意 见 | 选 送 单 位 意 见 | （盖章）年 月 日  |
| 接 收 单 位 意 见 |  （盖章）年 月 日 |
| 核定培训期限： 自 年 月 至 年 月 共计： |

**考核评鉴意见**

或

\_\_\_\_\_\_\_同志于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_月\_\_\_\_日参加徐州医科大学附属医院举办的《危急重症综合救治能力提升班》（总第\_\_\_\_\_期），修完培训计划规定的全部课程，经考核，成绩合格，准予结业。

 医务处/护理部（签章）

日期：

\_\_\_\_\_\_\_同志于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_月\_\_\_\_日参加徐州医科大学附属医院举办的《危急重症综合救治能力提升班》（总第\_\_\_\_\_期），修完培训计划规定的全部课程，考核中，□理论、□技能、□病历、□出科考核，成绩不合格，不予结业，需延期培训\_\_\_\_\_个月。

 医务处/护理部（签章）

日期：