**上海健康医学院血液净化专业培训报名登记表**

填表日期： 年 月 日 报名编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 贴照片处 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 职位 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 固定电话 |  | 传真 |  |
| 手　　机 |  | E-mail |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 执业资格证书号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 教育背景 | 毕业院校 |  | 学历与学位 |  |
| 毕业时间 |  | 专业 |  |
| 学费支付方式 | □转账　□现场缴费（现金 或POS机） |
| **工 作 简 历** |
| 单 位 名 称 | 职 务 | 起 止 日 期 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 单位推荐意见：（单 位 盖 章）日期： | 您的建议与要求：签名：日期： |

**注意事项：**

1. 本报名登记表复印有效；
2. 咨询电话：魏老师：13122650152 周老师：021-65881663
3. 邮 箱：JXJY\_FXL@sumhs.edu.cn