附件：

重庆市医学会血液净化专科医（技）师学员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 请贴上二寸照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 职 称 |  | 从事医疗工作年限 |  |
| 工作单位 |  |
| 身份证号码 |  |
| 联系方式 | 地 址 |  |
| E-mail |  | 联系电话 |  |
| 工作经历（何时、何地在某专科的工作经历） |  |
| 以往参加过何种相关知识培训 |  |
| 其他备注情况 |  |

注：此表请填写后报到时交纸质版材料。