附件4

中级呼吸治疗师培训申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 一寸免冠照片 |
| 工作单位 |  | 单位级别 |  |
| 工作科室 |  | 从事专业 |  |
| 职 称 |  | 最高学历 |  |
| 身份证号 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 手机号码 |  |
| 符合报名条件编号 |  | 附件张数 |  |
| 工作简历 |  |
| 个人业务技能描述及期望达到培训效果 |  |
| 所在单位意见 |  年 月 日 （人事科意见章） （单位公章） |

 注：报名条件编号A/B/C具体内容参考培训通知。符合报名条件B或C的学员，报名表需加盖所在单位人事部门意见章；符合报名条件A的学员，需提供相应证明附后。