**中国红十字基金会校医（保健老师）培训项目报名表**

申报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | 年龄 | |  | | 照 片 | |
| 政治面貌 |  | | 民族 | |  | 学历 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 就职学校 |  | | | 学校人数 | | |  | | |
| 专职/兼职 | |  | | 联系方式 | | |  | | | | | |
| 就职地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 专业特长 | |  | | 从医年限 | | |  | | 职称 | |  | |
| 何年获得行医  执业资格证书 | |  | | 参加过何种医疗业务培训 | | | | |  | | | |
| 曾获得过何种表彰和奖励 | |  | | | | | | | | | | |
| 本人是否同意 参加培训 | | 签名： | | | | | 就职学校是否有校医室 | | | |  | |
| 市、县红十字会推荐意见 | | 盖章 | | | | | | | | | | |
| 省红十字会 审核意见 | | 盖章 | | | | | | | | | | |

填表须知：

1.请将个人身份证、职称证书或行医执业证书复印件（须加盖单位公章）附后；须保证所提交资料信息的真实性，如获准参加培训，报到时需出示上述证件原件；

2.对申报资料中出现的虚假、伪造等行为，一经发现，将不予批准参加培训；如已获得培训资格，将予退处并向社会公告。