附件

长沙市基层皮肤诊疗技术实操培训班报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 2寸照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 单位名称 |  | 参加工作时间 |  |
| 学历学位 | 全日制学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 专业技术职称/职务 |  |
| 简历 |  |
| 本人意见 | 签名：年 月 日 |
| 单位意见 |  签名： 年 月 日 |