附件2

**培训人员申报表**

单位:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 职 称 |  | 学 历 |  | 所在科室 |  |
| 培训专业﹡ |  | | 联系方式 |  | |
| 单位联系人 及联系方式 |  | | | | |
| 单位意见 | （盖章）   年 月 日 | | | | |
| 市级卫生健康行政部门意见 | （盖章）   年 月 日 | | | | |

备注：培训专业﹡可在产科、儿科（含PICU）、病理、医学检验四个中选报。