

贵州医科大学附属医院县级医院骨干医师培训申请表

姓名		性别		年龄		民族		照片 一寸红底	
单位				技术职称		党派			
何时何医学院校毕业及专业						文化程度			
医师（护士）资格证书编码						签发日期		执业类别	
医师（护士）执业证书编码						签发日期		执业范围	
主要工作经历及目前本专业理论与技能水平情况									
培 训 科 目				培 训 期 限	1年	白大 衣 号		是否 住宿	
选择 指导老师姓名				拟掌握 诊疗（技能）内容					
选送单位意见	年 月 日（印章）								
接收单位意见				指导老师意见					
推荐单位医务 科或办公室电话				社会统一信用代码				本人 电话	
备注									

要求1、 医生提供《毕业证书》、《医师资格证书》、《医师执业证书》；护士提供《毕业证书》、《护士资格证书》、《护士执业证书》；医技提供《毕业证书》和与本专业有关的资格证书正反面复印件（复印件 须用A4纸复印, 加盖单位公章, 注明是否与原件相符），材料不全我院将不予受理。

2、 县级医院骨干医师培训项目为一对一导师制培养模式，每年3月份招生，培养期限为一年拟前往我院参加培训的人员，需提前两个月填表申请。

3、 培训方案、招生计划等可登录<http://www.gmcah.com/>（官网主页-临床教学）了解下载

4、 联系电话：0851-86817477（兼传真）；联系人：李老师

5、 联系地址：贵阳市云岩区北京路9号贵州医科大学行政10楼临床教学部；邮编：550004