

云南省第一人民医院限制类技术培训申请

兹有_____单位医师_____,
医师资格证书编号: _____,
医师执业证书号: _____,
执业范围: _____, 职称: _____。

经本单位同意, 申请在云南省第一人民医院_____
科室, 培训_____
限制类技术, 培训时间: _____至_____。

选送单位意见:

培训基地/科室意见:

单位盖章

基地盖章

年 月 日

年 月 日

备注: 怀孕、哺乳期、传染病等影响培训学习效果及考核的医师不予以接收培训。

- 附件: 1. 医师资格证书 (复印件)
2. 医师执业证书 (复印件)
3. 职称证书 (复印件)