**中山大学附属第一医院肾脏移植专科医师培训基地招生学员登记表**

基地名称：中山大学附属第一医院 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 |  | | | 申报专业 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 英语  水平 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 手机电话 |  | | |
| 第一学历、毕业学校 | | 注明学校、专业及学位 | | | | | | |
| 主要学历  （起至年月） | | 起止年月、就读学校、专业、学位 | | | | | | |
| 工作简历  （起至年月） | |  | | | | | | |
| 从事全职肾移植  工作实践情况 | | 填写具体工作内容，未从事可填无 | | | | | | |
| 近五年发表论文、著作(卷名、期刊号、页码) | |  | | | | | | |
| 选送医院意见：  公章  年月日 | | | | | 接收培训基地意见：  公章  年月日 | | | |