附件 3

安庆市第一人民医院住院医师规范化培训临床技能培训师资申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称 |  |
| 学科 |  | | | 专业 |  | | |
| 单位 | 安庆市第一人民医院 | | | | | | |
| 技能项目 1 |  | | | | | | |
| 技能项目 2 |  | | | | | | |
| 技能项目 3 |  | | | | | | |
| 带教经验 | 教师资格证： 口有 口无 | | | | 临床带教 : 年 | | |
| 学习、  工作和  教学  情况 | 申请人签字： | | | | | | |
| 科室  主任  意见 | 签 字：  年 月 日 | | | | | | |
| 教研室  意 见 | 签 字：  年 月 日 | | | | | | |
| 单位  意见 | 签  年 月 | | | | | | 字：  日 |
| 备注 |  | | | | | | |