附件2：

**首都医科大学附属北京积水潭医院**

**骨科肢体消肿物理综合疗法培训班**

**2024年报名推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 年龄 |  | 白底 2 寸彩色 证件照 |
| 文化程度 | |  | 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 | |  | 科室 |  | 职称或职务 |  |
|  |  |  | | | | |
| 邮政编码 | |  | 最后学历 |  | 工作年限 |  |
| 联系电话 | |  | 手机 |  | 邮箱 |  | |
| 个人简历 | |  | | | | | |
| 业务能力 ( 由个人填) | | 包括：何时取得过专科认证，发表过的相关文章、专利和科研项目等  报名者签名：  年 月 日 | | | | | |
| 推荐单位 意见 | | 负责人签名： (推荐单位加盖公章)  年 月 日 | | | | | |
| 招生单位 意见 | | 年 月 日 | | | | | |

注： 推荐表需填写完整， 真实， 请将报名者最后学历及英语水平相应证明复印件一同将加盖医院公章的推荐报名表的扫描件 发送致邮箱 wangyi@jst-hosp.com.cn (可续页)