附件2：

**河南省儿科医师转岗人员培训申请表**

姓 名

性别 年龄

医师资格证书编码

执业医师证书编码

通信地址

邮政编码

申请日期 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 最高学历 | |  | 职称 |  | 相  片 |
| 主要执业机构 | |  | | |
| 现执业类别 | | 临床 | | |
| 现执业范围 | |  | | |
| 主要学历及经历 |  | | | | |
| 选送单位意见 | 盖 章 年 月 日 | | | | |
| 所在省辖市意见 | 盖 章 年 月 日 | | | | |
| 接收单位意见 | 盖 章 年 月 日 | | | | |

注意：交表时请交单位介绍信，同时交验毕业证、执业、职称资格证书。