

2020 年河南省妇幼保健院暨郑州大学第三附属医院

产前超声诊断（筛查）人员培训申请表

姓名		性别		年龄		职称	
工作单位							
身份证号码					手机		
医师资格	证书编码						
执业证书	证书编码						
	执业地点		（与选送单位一致）				
培训专业	<input type="checkbox"/> 产前超声筛查 <input type="checkbox"/> 产前超声诊断						
简 历							
选送单位 意见							
	签字	盖章	年	月	日		

备注：选送单位领导签字须知，因国家医疗处理条例的颁布执行，我院规定进修人员在我院学习期间如发生任何医疗事故，将由选送单位负全部责任。签字表示同意此条款，有异议请不要签字！