附件1：

**成都市第五人民医院·成都中医药大学附属第五人民医院**

**2024年康复治疗师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  | | 照  片 |
| 党 派 |  | 民 族 |  | 专 业 | |  | |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 政治面貌 | |  | |
| 职 称 |  | 职 务 |  | | | | |
| 证件类别 |  | 证 件  号 码 |  | | | | |
| 毕业学校 |  | | | | 联系电话（手机） | |  | |
| 通讯地址（邮政编码） |  | | | | 电子信箱（QQ邮箱） | |  | |
| 本人简历 |  | | | | | | | |
| 有何专业特长 |  | | | | | | | |
| 有何主要成就论著或在何时何地获得何种奖励 |  | | | | | | | |
|
|
|
| 签名（手签并按手印） | 年 月 日 | | | | | | | |