**附件：**

**上海健康医学院血液净化培训中心**

**血液净化专业培训班报名登记表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 年龄 |  | 籍贯 |  |
| 工作单位 |  | 职业 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 相关工作经验 |  |  |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 单位性质 | □公办□社会办 | 医院等级 | 无 |
| 手机 |  | E-mail |  |
| 身份证号码 |  |
| 学费支付方式 | □转账□缴费 | □岗前适任班□进修提高班□理论专题班 |
| 转账单位/个人：转账日期： |

**注意事项：**

1. 本报名登记表复印有效；
2. 咨询电话：顾老师：13701798206
3. 邮箱：guyongedu@126.com