

# 湖北省紧缺人才和县级骨干人才 培训项目学员申报表

所属地市：\_\_\_\_\_

项目类别：☒ 麻醉 ☐ 康复 ☐ 临床药师 ☐ 县级骨干

申请人：\_\_\_\_\_

工作单位：\_\_\_\_\_（盖章）

联系电话：\_\_\_\_\_

湖北省卫生健康委科教处

2026 年 7 制

## 一、基本情况

|                       |      |      |        |              |  |
|-----------------------|------|------|--------|--------------|--|
| 姓 名                   |      | 出生年月 |        | 性 别          |  |
| 民 族                   |      | 职 称  |        | 受聘时间         |  |
| 毕业院校                  |      | 学 历  |        | 学 位          |  |
| 从事专业及方向               |      |      |        | 从事临床<br>工作时间 |  |
| 个人简历（包括大学以上学习简历和工作简历） |      |      |        |              |  |
| 学习<br>简历              | 起止年月 | 学校   | 专业     | 学历及学位        |  |
|                       |      |      |        |              |  |
|                       |      |      |        |              |  |
|                       |      |      |        |              |  |
|                       |      |      |        |              |  |
| 工作<br>简历              | 起止年月 | 单位   | 从事何种工作 | 职务及职称        |  |
|                       |      |      |        |              |  |
|                       |      |      |        |              |  |
|                       |      |      |        |              |  |
|                       |      |      |        |              |  |
| 从事临床专业工作情况            |      |      |        |              |  |
|                       |      |      |        |              |  |

|              |
|--------------|
| 拟定的学习目标和学习计划 |
|              |

## 二、审核意见

|                    |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|
| 所在单位<br>科室主任<br>意见 | <div>(科主任签字)</div> <div>年 月 日</div> |
| 所在单位<br>推荐意见       | <div>(盖章)</div> <div>年 月 日</div>    |
| 培训单位<br>意见         | <div>(盖章)</div> <div>年 月 日</div>    |