**天津市产前系统性超声检查技术培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **本人照片** |
| **联系电话** |  | **邮箱** |  |
| **工作单位** |  | **职称** |  |
| **单位相关资质****个人相关资质** | **□《母婴保健技术服务执业许可证》****□《助产技术许可证》** |  |
| **《医师执业证书》号**  |  |  |
| **《医师职称证书》号** |  |  |
| **工作经历** | **时间** | **所在科室** | **从事的工作** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **产筛培训经历** | **理论 通过 □** **未通过□** | **操作 通过 □****未通过□** | **本次拟参加 理论 □** **操作 □** |
| **科主任填写** | **科室已开展(或将开展)产前系统性超声检查的时间** |  |
| **申请人月平均检查数** |  |
| **所用（或将用）设备的购置时间、品牌、型号：** |
| **是否同意该医生参加培训：** | **签名**  |  |
| **医政科意见** | **盖章：** |

|  |
| --- |
|  |

**（复印有效）**