**阜阳市第六人民医院康复医学科进修报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照 片 |
| 毕 业学 校 |  | 毕 业专 业 |  |
| 身 份证 号 |  | 联 系电 话 |  |
| 电 子邮 箱 |  | 学 历 |  |
| 实 习工 作经 历 |  |
| 培 训方 向 | （疼痛康复、神经康复、儿童康复 每人可选1-2项） |
| 本 人签 名 |  | 报 名日 期 |  |