**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 |  | |