[](https://www.pku.edu.cn/detail/1097.html)

**医疗安全与管理高级研修班—报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生日期 | 年 月 日 | | | | 照 片 （此处不贴电子照片，报到时交纸质版） | | |
| 证件类型 | □ 身份证 □ 军官证 □ 护照 □其它\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 证件号码 |  | | | | | | | | |
| 民 族 |  | | | | 政治面貌 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 单位级别 | □ 三 级医院 □ 二 级医院 □ 一 级医院 □ 其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 单位性质 | □ 国有 □ 外资 □ 民营 □政府和事业单位 □其它 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 职 务 |  | | | | 专业职称 |  | | | 单位人数 | | |  |
| 办公电话 |  | | | | 手 机 |  | | | | | | |
| 办公传真 |  | | | | 电子邮箱 |  | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮 编 | | |  | |
| 工作经历 | 起止日期(年月) | | | 单位名称 | | | 职务名称 | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | |
| 教育经历 | 起止日期（年月） | | | 学校 | | | 专业 | | 学历/学位 | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | |
| 获知本项目的渠道 | □学校官方网站 □本单位教育部门组织 □论坛或会议  □他人推荐（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　 □其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 经常阅读(浏览)的报纸、杂志、网站 | | | | |  | | | | | | | |
| 兴趣与爱好 | | | | |  | | | | | | | |

本人郑重声明以上所填内容属实 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填写完毕，请发送至邮箱：[18101062399@163.com](mailto:18101062399@163.com) 或发送至微信：18101062399