

昆明医科大学第二附属医院限制类技术 培训申请

兹有_____ (单位) 医师 _____ (姓名),
执业范围: _____, 职称: _____。

经本单位同意, 申请在昆明医科大学第二附属医院_____
_____ (科室), 培训_____ 限制类技术
(☐ 三 / ☐ 四级), 培训时间 (☐ 3 / ☐ 6 个月): _____ 至 _____。

选送单位意见:

单位盖章

年 月 日

培训基地 (科室) 意见:

基地 (科室) 盖章

年 月 日

附件: 1. 医师资格证书 (复印件)

2. 医师执业证书 (复印件)

3. 职称证书 (复印件)

4. 身份证复印件