附件2

**学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人基本信息** | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 单位 |  | 科室 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮件 |  | 职称 |  | 身份证号码 |  |
| 核医学科诊疗工作经验年限 |  | | 累计参与完成核素心肌灌注显像检查例数 |  | |
| **医院基本情况** | | | | | | |
| 医疗机构名称 |  | 医院级别 |  | 核素诊断相关设备条件 |  | |
| 所在医院是否满足开展运动负荷/药物负荷核素检查的条件基础 |  | 所在医院静息核素心肌灌注显像月检查量 |  | 所在医院负荷核素心肌灌注显像月检查量(运动负荷/药物负荷 |  | |
| **教育经历（时间由近及远，请填写本科及以上教育经历）** | | | | | | |
| 时间（年/月） | | 学校 | | 专业 | | 所获学位  （请注明学科） |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| **工作经历（时间由近及远）** | | | | | | |
| 时间 | | 单位 | | 科室 | | 职位 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| **培训志愿选择**  注：每名学员最多可报3个志愿，若所报志愿均已满额，可接受调剂的学员，由工作人员将其调剂至未满额培训单位。 | | | | | | |
| 志愿 | 培训基地单位 | | | | | |
| 第一志愿 |  | | | | | |
| 第二志愿 |  | | | | | |
| 第三志愿 |  | | | | | |
| 是否接受调剂 | □是 □否 | | | | | |
| 本人同意按培训基地管理要求，配合完成各项培训及考核规定，所在医院同意派遣。  本人签字： 科主任签字：  单位盖章：    日期： 年 月 日 | | | | | | |