附件

内蒙古自治区人民医院模拟医学师资项目组成员申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 专 业 |  | 职 称 |  | 取得时间 |  |
| 科室 |  | | 联系方式 |  | |
| 硕士研究生导师 是 否 | | | 住培学员带教师资 是 否 | | |
| 所申请项目组名称 |  | 专业特长（即所擅长的临床技能培训项目，可为多项） | |  | |
| 工作简历  及教学情况 | 申请人签字： | | | | |
| 科 室  主 任  意 见 | 签字：  年 月 日 | | | | |
| 临床技能  培训中心  意 见 | 签字：  年 月 日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |