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 |  |