附表1：

母婴保健技术人员资格培训考核报名表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 报考专业 |  | 照片 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  |
| 出生日期 |  | 最高学历 |  | 毕业年月 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业专业 |  |
| 技术职称 |  | 批准时间 |  |
| 工作单位 |  |
| 医疗机构执业许可证登记号： |
| 现从事专业 |  | 年限 |  |
| 报考技术项目 |  |
| 审查意见： 单位盖章 年 月 日 |
| 审查意见： |  县市卫健委审查盖章年 月 日  |
| 审查意见： |  地区卫健委审查盖章年 月 日  |