**广东省名师带教工作站招生报名表**

**（深圳市人民医院-妇科）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **工作单位** |  | **专业** | **妇科** | **从事该专业年限** |  |
| **最高学历** |  | **职称** |  | **获得该职称时间** |  |
| **毕业院校** |  | **联系电话** |  | **邮箱** |  |
| **工作****经历** |  |
| **所在****单位****意见** | **（医院公章）** **年 月 日** |

请完成相关信息之后，于报名截止日之前（2019年9月20日24:00前），将本表格的扫描件发送至邮箱282750585@qq.com。联系人：李老师：15017904669.