**临床微生物专业人员细菌真菌感染诊断能力提升**

**项目（培微计划）第七期理论学习班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 单 位 |  | 医院等级 |  |
| 地址邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 手 机 |  |
| 是否为监测中心 | 技术分中心 省级中心 否 | 是否国网 | 是 否 |
| 所在科室职务 |  | 身份证号 |  |
| 是否参与医院抗菌药物管理工作 | 是 否 | 所在医院是否有人参加“培元”、“培英”学习班 | 是 否 |
| 学历（起止时间） |  |
| 工作经历（起止时间） |  |
| 从事临床微生物工作时间 |  |
| 从事临床微生物工作体会 |  |
| 选送单位意见 |  **（医院盖章）** |
| 备 注 |  |