**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 |  | | | | | | | |