

附件 2:

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）第十一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	是否核心 网成员	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						

（是否为 CARSS 核心成员单位请参考 2024 年网站最新公布名单）