西安交通大学第二附属医院

紧急医学救援队员推荐审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号 | |  | |
| 毕业院校 |  | 学历/学位 | |  | |
| 所在科室 |  | 手机号码 | |  | |
| 现从事专业 |  | 职称/职务 | |  | |
| 熟悉专业 | 1. | 2. | | 3. | |
| 参加国家级/省级应急培训情况 |  | | | | |
| 专业技术特长 |  | | | | |
| 主要工作经历(包括本职工作、主要社会兼/聘职起止时间、工作单位和职务 /职称等) |  | | | | |
| 从事卫生应急工作主要经历 |  | | | | |
| 队员个人意见 | (本人是否自愿成为紧急医学应急队伍成员)  签字 :  年 月 日 | | | | |
| 推荐科室审核意见 | 负责人签字 :  年 月 日 | | | | |
| 单位审批意见 | 负责人签字 (盖章 ):  年 月 日 | | | | |