附件：此表复印有效

Casely-Smith 国际淋巴水肿治疗师（北京）培训学校报名申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | 身份证号码 |  |
| **最高学历** |  | **英语水平** |  | **工作年限** |  |
| **工作单位** |  | | | **科室/部门** |  |
| **地址邮编** |  | | | | |
| **职务** |  | **职称** |  | **专科资质** |  |
| **邮箱** |  | | | **手机** |  |
| **工作经历** |  | | | | |
| **淋巴水肿/伤口/康复治疗相关培训经历** |  | | | | |
| **发表论文及科研工作情况** |  | | | | |
| **医院/科室淋巴水肿治疗开展情况** |  | | | | |
| **单位推荐意见** | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | |