**附件：**

**Casley-Smith 国际淋巴水肿治疗师培训学校报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 学历 |  | 英语水平 |  | 工作年限 |  |
| 工作单位 |  | | | 科室/部门 |  |
| 单位地址 |  | | | 手机 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 专科资质 |  |
| 邮箱 |  | | | 微信号 |  |
| 申请学校 | 🞏 北京 🞏 贵阳 🞏 杭州 | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 医院淋巴水肿治疗开展情况 |  | | | | |
| 单位推荐意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | |