

附件 1

安徽省临床基因扩增检验技术培训报名表

机构名称				法 人	
单位地址				联系电话	
纳税人识别号					
报 名 人		性 别		民 族	
学 历		专 业		职 称	
身份证号				手 机	
培训类别	<input type="checkbox"/> 上岗培训 <input type="checkbox"/> 继教培训				
从事分子检测经历简介					
申 请 人 意 见	本人承诺以上报名信息均属实。 <div style="text-align: right;"> 承诺人签字： 年 月 日 </div>				
科室/部门意见	报名人为我科室从事分子检测人员。 <div style="text-align: right;"> 科主任/部门负责人签字： 年 月 日 </div>				
法人机构意见	单位同意申请，并承诺本表内容真实、有效。 <div style="text-align: right;"> 分管领导/法人签字： （单位公章） 年 月 日 </div>				

注：每人一份，凭原件现场报道。