附件：

**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 | □上岗培训 □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。承诺人签字：年 月 日 |
| 科室/部门意见 | 报名人为我科室从事分子检测人员。科主任/部门负责人签字：年 月 日 |
| 法人机构意见 | 单位同意申请，并承诺本表内容真实、有效。 分管领导/法人签字：（单位公章）年 月 日 |

**注：每人一份，凭原件现场报道。**