|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 1寸近期  免冠照片 |
| 学历 |  | 现从事专 业 |  | 从事本专业年限 | |  | |
| 职称 | |  | | 资格证编号 | |  | |
| 拟参加培训专业 | |  | | 手机号码 | |  | |
| 所在单位及科室名称 | |  | | | | | |
| 本单位意见：  **负责人签字**： **单位盖章**： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 参加集中培训时间 | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 参加实地进修时间 | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 参加线上学习时间 | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 培训课程 | 项目 | | | | 集中授课 | 实地进修 | 线上学习 | |
| 学时（共计 学时） | | | |  |  |  | |
| 考勤情况 | | | |  |  |  | |
| 考试成绩（共计 分） | | | |  |  |  | |
| 考核结果 | 不合格 | | | | | | | |
| 合格□ 优秀□ 培训合格证书编号：  发证时间： 年 月 日 | | | | | | | |
| 培训机构（集中授课）意见：  负责人签字： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | 培训机构（实地进修）意见：  负责人签字： （单位盖章）  年 月 日 | | | |
| 省卫生健康委妇幼处意见：  负责人签字： （单位盖章） 年 月 日 | | | | | | | | |

河北省出生缺陷防治人才培训学员登记表