**辽宁省心血管专业医疗质量控制中心**

**胸痛中心培训讲师、初检专家推荐表**

**基本信息：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 籍贯 |  | 照片 |
| 民族 |  | 党派 |  | 行政职务 |  | 技术职称 |  |
| 工作单位 |  | 邮编 |  |
| 单位地址电话 |  | 单位电话 |  |
| Email |  | 手 机 |  |
| 国家（省市）级胸痛中心委员会委员（含苏州） | 是（ ） 否（ ） | 委员会名称及任职 |  |

**基本资料：**

**学会任职（包括中国科协、自然科学专门学会、专科学会、地方分会）：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学会名称 | 类型 | 担（兼）任的职务 | 时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**曾参与胸痛中心相关建设工作：是（ ）；否（ ）。工作内容：外院胸痛中心验收（ ）培训讲师（ ）本院胸痛建设工作（ ）**

**主要工作经历（指从事医疗、教育、管理等）：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 起止年月 | 工作单位 | 职务和技术职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**申请人承诺：**

|  |
| --- |
|  我保证上述填报内容的真实性。如果被批准为**辽宁省胸痛中心培训讲师、初检专家**，我将遵守**辽宁省胸痛中心专家委员会**的有关规定，积极完成**辽宁省胸痛中心专家委员会**委派的相关工作任务。 申请人签字： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在医院/科室意见 | 辽宁省胸痛中心意见 |
| 医院或科室主任签字/盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 | 单位盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 |