**报 名 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | | | 性别 |  | | 年龄 | | |  | | | | 两寸  无边  彩色  照片 | | |
| 身份证码 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 学校名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 入学时间 | |  | | | | | 专业 | |  | | | | 文 化  程 度 | | | |  |
| 详细通讯地址 | | | |  | | | | | | | | 邮编 | | | |  | |
| 电  话 | |  | | | | | | | | E-mail | | | |  | | | |
| 预约培  训时间 | | 2014年 月 日（报到） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人简历 | | 起止时间 | | | | 何地何校 | | | | | | 专业 | | | | 证明人 | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| 学  校  推  荐  意  见 | | 班主任签字:  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 请提供：1、本人学历证书及复印件（应届毕业生学校开据证明书）   1. 本人身份证复印件 2. 加盖单位公章的工作年限证明复印件（应届毕业免）   北京乳腺病防治学会 |

地址：北京市朝阳区建国门外大街甲6号 中环世贸C座16层1603室

邮编：100022 电话：010—65630120 手机：13699131589

联系人：李 和 E-mail:lh@bbds.org.cn 网址:www.bbds.org.cn