

附件：此表复印有效



Casely-Smith 国际淋巴水肿治疗师（北京）培训学校报名申请表

姓名		性别		身份证号码	
最高学历		英语水平		工作年限	
工作单位				科室/部门	
地址邮编					
职务		职称		专科资质	
邮箱				手机	
工作经历					
淋巴水肿/伤口/ 康复治疗相关培 训经历					
发表论文及科研 工作情况					
医院/科室淋巴水 肿治疗开展情况					
单位推荐意见					

(盖章)
年 月 日