附件1

人体器官捐献协调员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 学历 |  | 照片（1寸白色背景彩色照片） |
| 身份证号 |  | 专业 |  |
| 通讯地址 |  |
| 固定电话 |  | 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  | 部门 |  | 职务/职称 |  |
| 学习经历 | （从大学填起） |
| 工作经历 |  |
| 所在单位意见 | 该同志为我单位（在编□ 聘用□）工作人员，符合协调员基本条件，同意推荐其报名参加培训。单位（公章） 年 月 日 | 省级管理机构意见 | 该同志经所在单位推荐，经审核，符合协调员基本条件，同意推荐其报名参加培训。单位（公章） 年 月 日 |
| 省级红十字会意见 | 单位（公章） 年 月 日 |

**注：**需提供身份证、学历学位证明、执业证明的复印件，医疗机构人员还需提供红十字志愿者证明。