阜外医院深圳医院进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照  片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | |
| 职 称 |  | | 衣服尺码 |  | |
| 职 务 |  | | 文化程度 |  | |
| 身份证号 |  | | 执业证书编号 |  | | |
| 手机电话 |  | | 电子邮箱 |  | | |
| 配偶或其他联系人姓名 |  | | 配偶或其他联系人电话 |  | | |
| 工作单位名称 |  | | | 单位电话 |  | |
| 单位通讯地址 |  | | | | 单位邮编 |  |
| 家庭地址 |  | | | | 家庭邮编 |  |
| 参加工作时间 |  | | 单位级别 |  | 从事专业 |  |
| 申请进修专业 |  | | 申请进修期限 |  | 申请进修时间 |  |
| 教育经历 |  | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 申请学习内容 |  | | | | | |
| 单位审批意见 |  | | | | | |
| 招收审核 | 经 □内科教研室 / □外科教研室 / □护理教研室 / □影像及诊疗相关教研室/□科研平台 主任审核：  □同意招收。  □不同意招收。  教研室主任签字：  日期： | | | | | |

地址：广东省深圳市南山区朗山路12号 中国医学科学院阜外医院深圳医院 科教部

电话：0755-82180028-2333 邮编：518057