**北京中医药大学东直门医院进修申请表**

姓 名

性 别

工作单位

进修科目

通讯地址

邮 编

联系电话

填表时间

**填表须知**

1、填写申请表，必须实事求是，认真仔细，一律用钢笔填写，字迹要求工整，清晰易辨，字迹潦草不清者概不受理。

2、选送单位必须由主管部门签署意见及加盖公章，选送单位应对申请表上所填写的全部内容进行审查核实并负责任。

3、进修科别必须填写明确，要求详细、具体。

4、凡申请来我院进修者，必须随申请表附上学历证书、毕业证书、医师资格证书、执业证书等复印件，无上述复印件的申请表一律无效。

5、本表空白表格可以复制，但需经本人签字及选送单位签字盖章（原件）后才能视为有效申请。

**北京中医药大学东直门医院进修生申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 进修科别 |  | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 年龄 | | |  | 职称 | | |  | |
| 政治面貌 |  | 邮箱 |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | 邮政编码 | | | |  | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | 学 制 | | | |  | | |
| 毕业时间 |  | | | 参加工作时间 | | | | | | |  | | |
| **简 历** | | | | | | | | | | | | | |
| 起 止 | 主要学习和工作经历 | | | | | | | | | | | | 职 称 |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
| 执业医师资 格 | 发证日期： | | | | | 注册时间： | | | | | | | |
| 资格证编号： | | | | | 注册证编号： | | | | | | | |
| 进修起止时间： | | | | | | | | | | 进修期限： | | | |
| 本人业务水 平 |  | | | | | | | | | | | | |
| 进修的主要要求：（时间、专业、科室等） | | | | | | | | | | | | | |
| 医德表现及科学作风： | | | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见：（盖章）  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 接受单位（科室）意见：  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

备注：进修期间请自行解决住宿

申请表投寄地址：北京市东城区海运仓5号东直门医院医务处

邮政编码：100700

联系电话：010-84013218

联系人：田老师 杨老师