深圳国家感染性疾病临床医学研究中心

进修申请报名表

|  |
| --- |
| **基本信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 年龄 |  | 民族 |  | 文化程度 |  |
| 籍贯 |  | 职称 |  | 政治面貌 |  |
| 婚否 |  | 健康状况 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号 |  | 电子邮箱 |  |
| **工作经历** |
| 工作单位 | 科室 | 职称 | 开始时间 | 结束时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  **教育经历（大学及以后）** |
| 学校 | 专业名称 | 学历 | 入学时间 | 毕业时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **进修信息** |
| 报名机构 |  | 进修科室 |  | 入学时间 |  |
| 报名课程 |  | 进修时长 |  | 进修费用 |  |
| 医师资格证编码 |  | 发证日期 |  |
| 医师执业证编码 |  | 职业类别 |  | 执业范围 |  |
| 执业地点 |  | 发证日期 |  |
| 进修目的及要求 |  |
| 选送单位意见 | 签名 单位盖章  |
| 接受单位意见 | 签名 单位盖章  |