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 | | | | | | | |