**临床进修医生学籍申请表（2023版）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |  |
| **身份证号** |  | **寸****照** |
| **学历学位** |  | **毕业学校** |  |
| **毕业专业** |  | **毕业年月** |  |
| **政治面貌** |  | **健康情况** |  |
| **工作单位** |  | **职务职称** |  |
| **单位性质** | **□医联体成员 □外省医疗机构 □公立医院 □其他：** 需注明  |
| **通信地址****及邮编** |  | **联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **专业技能****掌握程度** |  |
| **进修专业****及所选科室** | **第一志愿专业： 所选科室：** |
| **第二志愿专业： 所选科室：** |
| **进修时长** | **□6个月 □12个月**  |
| **主要简历****（从参加工作起）** | XXXX年XX月-XXXX年XX月 某某医院 XX职务XXXX年XX月-XXXX年XX月 某某医院 XX职务（示例） **申请人签字：****年 月 日** |
| **派出单位****意见** | **单位负责人签字：** **（ 公章 ）** **年 月 日** |
| **接收单位****意见** |  **（ 公章 ）** **年 月 日** |

**中国医科大学附属口腔医院 制表**