**附件2**

**临床进修医生学籍申请表（2025版）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **寸****照** |
| **身份证号** |  |
| **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** | **第一志愿科室：所选专业：** |
| **第二志愿科室：所选专业：** |
| **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、职称XXXX年XX月-XXXX年XX月某某医院 XX职务、职称（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**