**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**