**国 家 儿 童 医 学 中 心**

**上海儿童医学中心进修人员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  |
| 政治面貌 |  | 文化程度 |  | 地区（省市） | |  |
| 选送单位 |  | | | 医院等级 | |  |
| 单位地址 |  | | | 邮政编码 | |  |
| 单位电话 |  | | 传真电话 |  | | |
| 个人电话 |  | | 执业类型 | 医 □ 护□ 技□ | | |
| **国家医保医师个人代码 （临床医师必填）** | | |  | | | |
| 现在工作部门及职务 |  | | | 职 称 |  | |
| 进修部门 |  | | 进修期限 | □半年 □一年  （从\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月开始） | | |
| 本次进修的目的，要求内容重点（尽量写具体） |  | | | | | |
| 主要学历 |  | | | | | |
| 主要工作经历 |  | | | | | |
| 选送单位意见（加盖公章） |  | | | | | |

填写事项：文字书写端正，清晰或下载后电脑打印