|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中国康复研究中心**  **北京博爱医院进修申请表** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 年龄 | |  | | 民族 | | |  | 一寸照片 |
| 政治  面貌 |  | 健康  状况 | |  | 身份  证号 | |  | | | | | |
| 职称 |  | 参加工作时间 | |  | | | 从事专业年限 | | | |  | |
| 进修  科室 |  | | | | 拟定进修批次 | | □上半年 □ 下半年 | | | | | |
| 工作单位  名称 |  | | | | 单位  等级 | | □三甲 □三乙 □二甲 □二乙  □社区医院 □其它 | | | | | | |
| 单位通讯地址 |  | | | | | | 是否为我院  医联体单位 | | | | | □是 □ 否 | |
| 进修主管部门 |  | | 联系人 | | |  | | | | 联系电话 | | |  |
| 电子邮箱地址 |  | | | | | | 联系电话  （手机） | | | | |  | |
| 执业范围 | □医生 □医技 □护理 □康复治疗师 □康复工程 □其它 | | | | | | | | | | | | |
| 执业地点 |  | | | 执业证书编码 | | | |  | | | | | |
| 主  要  学  习  经  历 | 起止时间 | | | 院校名称 | | | | | 所学专业 | | | | 学历/学位 |
|  | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | |  |
| 主  要  工  作  经  历 | 起 止 时 间 | | | 工作单位名称 | | | | | 所在科室 | | | | 技术职称 |
|  | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | |  |
| 申请人业务能力情况 |  | | | | | | | | | | | | |
|
| 申请进修主要内容及目的要求 |  | | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | 负责人签字  单位公章  　 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：1、“进修科室”以我院官网康复医疗-科室简介名称为准。

2、此表格必须双面打印后加盖公章。