|  |
| --- |
| **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。