**中日友好医院进修医师申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 | |  |  |
| 学 历 |  | 职 称 |  | 职 务 | |  |
| 拟进修科室或专业 |  | | | 进修起止时 间 | |  |
| 医师资格证书编码 |  | | | 医师执业证书编码 | |  | |
| 单位名称及地址 |  | | | | 邮 编 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 电子邮箱 |  | |
| 主要简历（大学及工作经历） |  | | | | | | |
| 进修目的与要求 |  | | | | | | |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 接受单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |