# 东方医院logo**上海市东方医院•同济大学附属东方医院**

**进修人员申请表（医、技）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 职称/职务 |  | 选派医院级别 |  | 是否通过规培 |  |
| 手机号码 |  | 邮箱地址 |  |
| 身份证号码 |  | 所在省市 |  |
| 宗教信仰 |  | 最高学历 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 资格证号 |  | 执业证号 |  |
| 主要学历 | 起止时间 | 学校 | 学历 | 专业 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 单 位 名 称 | 职 务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 进修科室 | 进修科室 | 希望进修开始时间（年月） | 进修周期 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 进修要求 |  |
| 本人专业水平 |  |
| 特殊要求 | 是否申请医疗技术培训？  | □ 是（项目名称： ） □ 否 |
| 是否需要开具培训证明用于执业范围变更？  | □ 是（至少进修2年以上） □ 否 |
| 是否需要安排住宿？  | □ 是（住宿要求： ） □ 否 |
| 选派单位意见 | （盖章） 年 月 日 |

备注：经选派单位盖章后将此申请表扫描件及个人相关证件发送至dongfang\_csp@163.com