

# 北京医学奖励基金会血液进修生培训

## 申请表

项目名称: \_\_\_\_\_

姓名		性别		出生年月	
籍贯			政治面貌		
身份证号			手机号码		
何时参加工作		现工作医院		医院等级	
工作医院邮编		银行开户行		银行卡号	
工作科室		所属专业		职称	
执业医师注册 证书编号			注册执业地点		
执业医师类别			注册执业范围		
最高学历			毕业专业		
主要学历	起止时间			学校名称	
主要经历	起止时间		工作单位名称		职务
本人政治表现					
申请本项的目的和意义					
申请进修	起止时间			希望进修专业方向	

申请人承诺：

保证所填内容的真实性。在本项目执行中严格遵守国家有关法律、法规，遵守北京医学奖励基金会有关规定。按本项目的计划如期执行学术交流活动。接受基金会的检查和监督。

申请人签名：

年 月 日

申请人所在单位意见：

领导签字：

单位公章：

年 月 日

\*本项目由 **abbvie** 提供支持