附件 2

重庆市卫生和计划生育委员会 2018 年度

医疗专业技术人员赴德国研修学习申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | | | 政治 面貌 |  | 一寸免冠 正面彩照 |
| 出 生 年 月 |  | 籍贯 |  | 身份 证号 |  | | | | |
| 职 务 |  | 职 称 | |  | | | | | 参加工  作时间 |  |
| 掌握何  种外语 |  | | | 外 语  水 平 | |  | | | | |
| 最 高  学 历 |  | | | 最 高  学 位 | |  | | | | |
| 毕 业  院 校 |  | | | 所 学  专 业 | |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | 所在科室 | | |  | | | |
| 单位地址 |  | | | 邮 编 | | |  | | | |
| 办公电话 |  | | | 传 真 | | |  | | | |
| 手 机 |  | | | 电子邮件 | | |  | | | |
| 家庭地址 |  | | | 家庭电话 | | |  | | | |
| 配偶姓名 |  | | | 配偶现居住地 | | |  | | | |
| 工作单位 |  | | | 职务/职称 | | |  | | | |
| 工作经历 | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 单位名称 | | | 职 务 | | | | 主要工作职责 | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
| 境外学习或工作经历 | | | | | | | | | | |
| 时 间 | | 学校或工作单位名称 | | | 专业/职务 | | | | 获何种证书/工作职责 | |
|  | |  | | |  | | | |  | |

奖惩情况（何时、何地、因何、受何种奖励或者处分）：

培训专业及专业方向和回国后工作打算（培训专业请填写文件中规定的专业）：

（可另附页）

申请人保证：

本人承诺以上内容真实有效，如有机会参加德中临床医疗交流项目，本人保证遵守各 项规定，履行有关义务，努力学习，严格按照规定的时间按期回国服务。

申请人签字： 日 期：

所在单位推荐意见：

（公章） 单位负责人签字： 年 月 日

上级主管部门意见：

（公章）

年 月 日

备注：10 月 31 日前报送纸质件至市卫生系统出国人员培训中心（地址：江北区建新

东路 3 号百业兴大厦 10 楼 1017 室），同时提交 word 电子版本至邮箱

[676718088@qq.com.](mailto:676718088@qq.com)