**中国医学科学院血液病医院（中国医学科学院血液学研究所）**

**淋巴系统肿瘤亚专科医师培训班申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性　　别 |  | | 出生年月 |  | 照  片 |
| 学 历 | |  | | 工作年限 |  | | 职 称 |  |
| 工作单位及科室 | |  | | | | | | 医院等级 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 邮 编 |  |
| 开班年份 | | | 202 年 | | | 开班期数 | | □3月期 □9月期 | |
| 联系方式 | | 个人电话： | | | | Email： | | | |
| 单位电话： | | | |
| 学习经历 | |  | | | | | | | |
| 工作经历 | |  | | | | | | | |
| 选送单位科室主任推荐意见 | 科室主任签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 选送单位  意见 | | （单位公章）　 　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | |

**注：资料直接扫描电子版发送至edu@ihcams.ac.cn。（邮件名称：姓名+开班年份+期数）。**