|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报名申请表** | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | 选择一项。 | 出生年月日 | yyyy/mm/dddd |
| 工作单位 |  | | 已获最高学历/学位 | 选择一项。 | |
| 职称 | 选择一项。 | | 职务 | 选择一项。 | 备注： |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 |  | |
| 联系手机 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 受教育经历（大学以后，包括留学经历）： | | | | | |
| 工作经历及年限： | | | | | |
| 获得的国家及省部级科研基金（第一申请人）：  ***1）国家级：***  ***2）省部级：***  ***3）厅级：*** | | | | | |
| 主要研究方向及近五年发表的主要论文（第一作者或通迅作者，标明影响因子）：  ***SCI（限三篇）：***  ***核心期刊（限三篇）：*** | | | | | |
| 学会或社会团体的任职： | | | | | |
| 突出贡献：（省市级或院级优秀党员，抗疫，劳动模范，先进工作者，五四青年等） | | | | | |
| 现任单位学科主任推荐意见：  同意我科室 同志参加项目的所有课程学习，并安排对应的时间。  主任签名： 年 月 日 | | | | | |
| 本人承诺按时参加项目的所有课程，接受项目的管理，不迟到不早退，并遵守相关课堂纪律，并按照要求按时完成和上缴所有课程作业。  申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | |
| 所在医院院长承诺：  申请人如获批准，医院将同意保证申请人有时间参加所有课程。  院长（签名）： 年 月 日 | | | | | |
| 专家委员会意见：  主席（签名）： 年 月 日 | | | | | |