重庆大学附属肿瘤医院

重庆市肿瘤放射治疗质量控制中心

2020年放射肿瘤科专科医师规范化培训申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性　别 |  | 年　龄 |  |
| 工作专业 |  | 是否住培经历 |  | 职称∕职务 |  |
| 毕业学校 |  | 最高学历、学位 |  |
| 身份证号 |  | 个人联系电话 |  |
| 选送单位 |  | 单位联系电话 |  |
| 医师资格证、执业证编码 | 资格证号： |
| 执业证号： |
| 学习经历： |
| 工作经历： |
| 现有业务水平： |
| 选送单位意见（请加盖公章）： |
| **备注：**1.填写此表，于2020年8月15前发送单位盖章的扫描件至467272468@qq.com。2.8月20日前，教务部会同肿瘤放射治疗中心对申请表开展资格审核，并反馈录取结果。3.报到时，请携带《申请表》原件，身份证、毕业证、学位证、职称证、资格证、执业注册证、住培结业证原件及复印件1份，1寸照片。4.其他事项：培训期间，学员以委托培养身份参加专科医师规范化培训，学员须遵守医院《进修学习交流管理制度》。学员的人事档案管理、薪酬福利待遇由送培单位负责。5.联系方式及电话：重庆大学附属肿瘤医院教务部，杜老师，023-65315352。 |