

逸仙临床培训计划

**申 请 书**

|  |  |
| --- | --- |
| **培 训 内 容：** |  |
| **申 请 人：** |  |
| **申请人所在科室：** |  |
| **培 训 国 家：** |  |
| **培 训 医 院：** |  |
| **培 训 时 间：** |  |
| **申 报 日 期：** |  |

**申请人简历**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学 位 |  |
| 性 别 |  | 职 称 |  |
| 出生年月 |  | 所在科室 |  |
| 外语水平 |  | 专业方向 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱地址 |  |
| 学习经历  （从高中起） | 例：XXXX年XX月- XXXX年XX月 XXXX中学 高中 | | |
| 工作经历 | 例：XXXX年XX月- XXXX年XX月 XXXX医院 主治医师 | | |
| 学术团体及任职情况 | 例：XXXX年XX月- XXXX年XX月 XXXX学会 委员 | | |
| 获奖情况 |  | | |
| 近五年主持或参与的基金项目情况 |  | | |
| 近五年主要论文\著作 |  | | |

**临床培训计划书**

**一、立项依据**

**二、培训医院及科室简介**

**三、培训导师简介**

**四、临床培训计划**

**五、预期培训效果**

**六、回国后拟开展的工作**

**七、培训邀请函**

**申请“逸仙临床培训计划”承诺书**

中山大学孙逸仙纪念医院：

本人拟申请20 年“逸仙临床培训计划”。本人保证在受该计划资助后一年内将继续在本院从事临床、科学研究或管理工作（医院特殊安排除外），否则将全额退回该计划已拨付的经费。

特此承诺。

申请人（签字）：

年 月 日

**审 批 表**

|  |  |
| --- | --- |
| 科室审核意见 | 主任签字：  年 月 日 |
| 科研科审核意见 | 主任签字：  年 月 日 |
| 医院学术委员会审批意见 | 主任签字：  年 月 日 |