**北京医学会消化内镜分会**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  |
| **进修科目** |  | **进修期限** | **6个月** | **学 历** |  |
| **身份证号** |  |
| **职 称** |  | **工作单位** |  |
| **邮政编码** |  | **联系电话** |  |
| **电子邮箱地址** |  |
| **医师执业证书编号** |  |
| **进修中心名称** | **□解放军总医院第一医疗中心 □解放军总医院第七医疗中心****□北京大学人民医院 □首都医科大学附属北京朝阳医院****□中国医学科学院肿瘤医院 □北京协和医院****□北京大学第三医院 □首都医科大学附属友谊医院** |
| **当所选中中心名额不足时，是否服从医学会调剂 □是 □否** |
| **目前专业技术业****务能力掌握情况****（年病例数）** | **□胃镜­­\_\_\_\_\_\_\_\_例/年 □肠镜­­\_\_\_\_\_\_\_\_例/年****□胃镜治疗\_\_\_\_\_\_\_\_例/年 □肠镜治疗\_\_\_\_\_\_\_\_例/年**  |
|  **进修目的和要求**  | **□规范化胃镜操作 □规范化肠镜操作****□基础胃镜治疗 □基础肠镜治疗****□常见疾病的内镜下诊断及鉴别诊断** |
| **教 育 背****景** | **自何年月起** | **至何年月止** | **学校或进修培训单位** | **学历 学位** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作简历** | **自何年月起** | **至何年月止** | **工作单位及部门** | **职务** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **所在科室意见** |  **申请者所在科室负责人签字：** **年 月 日** |

**2019消化内镜培训中心医生培训申请表**

 **请务必于2019年5月10日前将电子扫描件上传至专项目专用邮箱：yxpxzx2019@163.com**