**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）**

**细胞与基因治疗临床研究实训项目培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | |
| 目前职务 |  | | | | | 医院等级 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮 编 |  |
| 进修年份 | 202 年 | | 进修月份 | | | 月 | |
| 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  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-jx@ihcams.ac.cn或xysywcjx@126.com。（邮件名称：姓名+开班年份+期数）。**