**阜外医院心外科美敦力奖学金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个  人  基  本  情  况 | 姓名 |  | 性别 | |  | 民族 |  | 照  片 |
| 出生日期 |  | 政治面目 | |  | 婚否 |  |
| 最高学历和  学位 |  | 工作时间 | |  | 专业 |  |
| 现聘职称 |  | 行政职务 | |  | 所在科室 |  |
| 身份证号 |  | | | 电子信箱 |  | |
| 通讯地址  及邮编 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 紧急联系人 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 是否享受过其他奖学金或基金资助 | 是 **/** 否 | | 最后一次资助培训的项目名称及起止时间 | |  | | |
| 教育进修经历 | **起止日期（本科起）** | | **所在院校、单位及部门** | | | | **专业或进修内容** | |
| 年 月至 年 月 | |  | | | |  | |
| 年 月至 年 月 | |  | | | |  | |
| 年 月至 年 月 | |  | | | |  | |
| 年 月至 年 月 | |  | | | |  | |
| 年 月至 年 月 | |  | | | |  | |
| 工作经历 | **起止日期** | | **所在院校、单位及部门** | | | | **职务** | |
| 年 月至 年 月 | |  | | | |  | |
| 年 月至 年 月 | |  | | | |  | |
| 年 月至 年 月 | |  | | | |  | |
| 业务水平及主要工作成果 |  | | | | | | | |
| 学习计划和目标 | ①请在学习计划中明确心外科的一个专业方向（小儿、成人、血管）；②可提出确定的导师志愿或服从安排 | | | | | | | |
| **本人自愿申请， 以上情况完全属实，如有虚假责任自负。 申请人签字：** | | | | | | | | |
| 推  荐  意见 | **所在单位推荐意见：**  负责人签字：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日 | | | | | | | |
| **专家委员会意见：**  同意/不同意  主任委员签字：　　　　　　　　　　　　　　　教育处盖章：  年 月 日 | | | | | | | |
| 备  注 | 申请者请将**申请表正反面打印**，将本人最高学历证书复印件、身份证正反面复印件、医师执业注册证书复印件、相关获奖证书或发表论文复印件，所有复印件经单位推荐部门盖章，与申请表一起寄至教育处。  邮寄地址：北京市西城区北礼士路167号　阜外医院行政楼东205室教育处  （请注明：心外科奖学金）  邮编：100037  联系电话/传真：010-68316036 | | | | | | | |