附件1

美国弗吉尼亚联邦大学（VCU）- Weil危重医学研究院研修申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出 生年 月 |  |
| 性 别 |  | 政治面貌 |  | 身 份证 号 |  |
| 职务及专业技术职称 |  | 参加工作时间 |  |
| 掌握何种外语 |  | 外语水平 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 毕业学校 |  | 专 业 |  |
| 本人联系电话 |  | 传 真 |  |
| 工作经历： |
| 主持或参与的科研课题项目情况： |
| 发表论文情况： |
| 赴美国弗吉尼亚联邦大学医学院Weil危重病研究所培训交流意向： |
| 科室主任意见：年 月 日（盖章） |
| 分管院领导意见： 年 月 日（盖章） |