

上海市老年医学中心

Shanghai Geriatric Medical Center

外籍进修医生申请表

Application Form for International Doctors

该栏由医院填写

For Hospital Use Only

编号 _____

类别 ☐ 进修 ☐ 参观

专业 _____

推荐 _____

经费 _____

请申请人用中文或英文清楚地填写以下诸项，并打印，一式二份。不接受手写。不能缺项填写，没有的请写“无”。

Please print all the information as requested. Handwriting is not acceptable. Please write None if not applicable.

护照名 (英语) Passport Name	姓 First Name:		照片 PHOTO
	中间名 Middle Name:		
	名 Last Name:		
中文名 Chinese Name	必须填写，不超过 6 个汉字。 This must be filled in no more than six Chinese characters.		
国籍 Country of Citizenship		性别 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
出生日期 Date of Birth	年/Year 月/Mon 日/Date	出生地点 Place of Birth	国家 Country _____ 城市 City _____
护照号码 Passport No.		护照有效期 Expiration Date of Passport	年/Year 月/Mon 日/Date
婚姻状况 Marital Status		宗教信仰 Religion	
职业 Occupation		工作单位 Work Unit	
电话 & 手机 Tel & Cell phone		电子邮件 E-mail	
本国住址 Home Country Address			
邮政编码 Zip Code		电话/传真 Tel/Fax	
推荐单位 Recommended by			联系人 Contact person
联系地址 Address			电话/传真 Tel/Fax

教育经历 Education		
单位 Institutions	时间 Years attended (from/to)	专业 Major

工作经历 Occupational experience		
单位 Institutions	时间 Years attended (from/to)	专业 Field

语言能力，请用“好，一般，不会”评价。 Language proficiency (fluent/fair/poor)		
汉语 Chinese		HSK: _____级；新 HSK (□初级、□中级、□高级): _____；BCT: _____
英语 English		TOEFL(score)_____；GMAT_____；GRE_____；IELTS_____
其他 Other		

学习计划 Study Plan					
申请进修/参观学习时间 Duration of Study					
自/From	年/Year	月/Mon	日/Date	至/To	年/Year 月/Mon 日/Date
在华事务联系人 Contact Person in China					
姓名 Name		电话、手机 Tel & Cell phone		电子邮件 E-mail	
工作单位					
联系地址 Address					

申请人保证/I hereby affirm that:

1)上述各项中所填写的内容和提供的材料真实无误;

All information and materials provided here are true and accurate.

2)在华期间, 遵守中国的法律和法规, 不从事任何危害中国社会秩序的, 与本人来华学习身份不相符合的活动;

During my stay in China, I shall abide by the laws and decrees of the Chinese government, and will not participate in any activity which is deemed to be adverse to the social order in China or inappropriate to the capacity as a student;

3)在学期间, 遵守医院的规章制度。

During my study in the hospital, I shall observe the rules and regulations of Shanghai Geriatric Medical Center.

申请人签字 (Applicant's Signature): _____ 日期 Date: _____

科主任签字 (Chief's Signature): _____ 日期 Date: _____

(无此签名, 申请无效。The application is invalid without the signature.)