|  |  |
| --- | --- |
| **SRDC骨骼发育不良疾病国际进修项目申请表** | |
| **姓名** |  |
| **培训背景** (住院和实习经历及/或访问学者等) | * *住院和实习培训（时间最近的先写）*   *开始年/月-结束年/月， 医院名称， 地点， 培训内容概述*   * *进修/访问学者（时间最近的先写）*   *（年/月-年/月，项目名称，培训机构，地点，所获相关证书）* |
| * 您在任何医院或其他机构的特权是否曾被拒绝、限制、暂停、撤销或未续签？和/或您是否曾在任何医院或医疗机构/组织被拒绝加入或续签或受到纪律处分？   是□ 否□，如果是，请另外提供详细信息。   * 您在任何司法管辖区的行医执照是否曾被限制、暂停或吊销？   是□ 否□，如果是，请另外提供详细信息。 | |
| 请问您如何得知本进修项目信息？（多选）   * 进修机构官方通知 * 媒体网站广告（请注明）： * 顾问/导师（请注明）： * 朋友/同事（请注明）： * 其他（请注明）： | |
| **请您选择计划申请的进修类型** | |
| 1. 长期进修： 🞏3个月 🞏6个月 2. 短期参观学习：🞏是 🞏否 3. 香港医生专项进修：🞏3个月 🞏其他时长：   **期望的进修时间段**（供筛选委员会参考）**：** | |
| 请选择您的第二进修意向机构（可多选）：  说明：您的选项仅供筛选委员会参考，最终进修机构将由委员会根据您的所有资料及面试表现综合考虑后确定。 | |
| * 香港大口环根德公爵夫人儿童医院/香港儿童医院 * 北京协和医院 * 广州市妇女儿童医疗中心 | |
| **研究成果及学术发表** | |
| *（请就和此次申请相关之研究成果及学术发表进行简要描述）* | |
| **治疗骨骼发育不良疾病的相关经历** （如没有请填“无”，上限600字） |  |
| **组织及社会任职** | |
| *（所处组织名称，身份级别，任职时间）* | |
| **参与患者公益活动/项目经历** （如没有请填“无”，上限600字） |  |
| **申请本进修项目的动机** （上限600字） |  |
| **进修计划** （学习目标、研究计划等，上限600字） |  |
| **进修结束后的2年计划，如何推动所在机构/地区在骨骼发育不良疾病方面的工作**（上限600字） |  |
| **外语水平** （证明材料单独上传） |  |
| 如果您愿意，请提供您觉得可能有助于筛选委员会了解您的其他信息或材料（可附上单独的个人陈述）： | |
| 个人声明  本人承诺：所提供的个人信息和证明材料真实准确，对因提供有关信息、证件不实或违反有关规定造成的后果，责任自负。  申请人签名： | |

**联系人**

**E-mail：**paediortho@hku-szh.org，**微信：**18925232812

地址：深圳福田区海园一路1号香港大学深圳医院住院部B栋四楼西区