**安 康 市 人 民 医 院**

**进修申请表**

**姓 名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选送单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**进修科目\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**进修时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填表时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

医师资格证复印件粘贴处：（复印件需医务科盖章）

医师执业证书复印件：（复印件需医务科盖章0

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 单位邮编 |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 最后学历 |  |
| 技术职称 |  | 现任职务 |  | 健康状况 |  |
| 参加工作时间 |  | 是否安排住宿 |  |
| 身份证号 |  |
| 工作单位 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 主要学历及主要工作经历 |  |
| 目前业务能力水平 |  |
| 进修专业及进修起止时间 |  | 进修专业及要求 |  |
| 选送单位意见 |   选送单位(盖章) 单位电话: 年 月 日 |