编号：

**徐 州 仁 慈 医 院**

**进 修 申 请 表**

选送单位名称：

进修人员姓名：

进修人员手机：

进修科室名称：

填表日期： 年 月 日

# 首页

# 外来进修人员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | 照 片 |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **所 属****党 派** |  |
| **健 康****状 况** |  | **所在****科室** |  | **职 称** | 副主任医师 |
| **最高学历** |  年 毕业于 学校 专业 |
| **进修时间** | 3个月□ ； 6个月□ ；12个月□ ； 其他  |
| **主要学习经历** | **起止年月** | **学校名称** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **主要工作经历** | **起止年月** | **单位名称** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **医师资格证号** |  | 毕业证、学位证、医师执业证、资格证、身份证皆后附1份复印件。 |
| **执业医师证号** |  |
| **身份证号** |  |
| **毕业证书号** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **审 查 意 见** | **选 送 单 位 意 见**  |  （盖章）年 月 日 |
| **接 收 单 位 意 见** |    （盖章） 年 月 日 |
| 核定进修期限：自 年 月 至 年 月 共计： |
| **考 核 意 见** | **进 修 科 室 意 见** | （盖章）年 月 日 |
| **单 位 意 见** |   （盖章）年 月 日 |