编号：

**徐 州 市 中 心 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

进修专业名称

填表日期 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |
| 最后学历： 年 学校 专业毕（结）业 | | | | | | | | |
| 护理、临床、医技进修时间：3个月□ 6个月□ 1年□ 其他\_\_\_\_  职能科室进修时间： \_\_\_\_个月 | | | | | | | | |
| 主要简历（包括读书和工作经历，读书经历从高中写起） | | | | | | | | |
| 毕业证、学位证、医师资格证、职业资格证、身份证皆后附1份复印件。 | | | | 护士/医师 资格证号 | |  | | |
| 护士/医师  执业证号 | |  | | |
| 身份证号 | |  | | |
| 毕业证书号 | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 审 查 意 见 | 选送单位意见  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 |