

进 修 申 请 表

JIN XIU SHEN QING BIAO

进修科别_____

姓 名_____

单位名称_____

单位地址_____

邮政编码_____

长途区号_____

电话号码_____

(进修申请表空格必须全部填写清楚，内容真实可信，作为我院录取基本条件)

填表时间_____年_____月_____日

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------|--|--------------|--|----|--------------|---|----------|
| 姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 籍贯 | 省 县(市) | | |
| 文化程度 | | 民族 | | 所在科室 | | | 何时参加 医疗工作 | 年 | |
| 职 称 | | 职 务 | | 是否我院协 作医院 | | | 政治 面貌 | | 健康 状况 |
| 单 位 级 别 | 医学院校 省级 地市级 县市级 中医院 卫生院 卫生学校 部队 企业 其他 | | | | | | | | |
| 是否需要住宿 | | 是 () 否 () | | | | | | | |
| 执 业 医 师 资 格 | 有 () | | | 发证日期: | | | 年 | 月 | 日 |
| | 无 () | | | 注册时间: | | | 年 | 月 | 日 |
| | 医师资格证书编号: (必须填写) | | | | | | | | |
| 医师执业证书编号: (必须填写) | | | | | | | | | |
| 本人 学 历 及 工 作 经 历 | | | | | | | | | |
| 目前 业 务 能 力 及 外 语 水 平 | | | | | | | | | |
| 进修生所在科室负责人签名: | | | | | | | | | |

*选送单位对填表所有内容保证其真实性

| | | | |
|-----------|--------|------|----------------|
| 进修生政治思想表现 | | | |
| 进修目的要求 | | | |
| 选送单位意见 | 选送单位盖章 | | |
| 进修专业 | | 进修时间 | 申请进修共 月 |
| 接受单位审查意见 | | | |

*选送单位对填表所有内容保证其真实性