附件1

成都市妇女儿童中心医院

医务人员进修

**申 请 表**

进修科目

姓 名

选送单位

年 月 日

成都市妇女儿童中心医院外来进修生申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 出生年月 |  | 性别 |  | 籍贯 | |  | | |  |
| 文化程度 | |  | 从事专业 |  | 政治面貌 |  | 民族 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | 职称职务 |  | | | | | |
| 申请进修专 业 | |  | 申请进修起止时间 |  | 有无执照 |  | | 邮编 | | |  | |
| 资格证 编 号 | |  | | | 执业证 编 号 |  | | | | | | |
| 身份证 号 码 | |  | | | 电子邮箱 |  | | | | | | |
| 何时何校毕业 | |  | | | 所学专业 |  | 联系电 话 | | |  | | |
| 主 要 学 历 | 起 止 年 月 | | | | 学 校 名 称 | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| 主 要 工 作 经 历 | 起 止 年 月 | | | | 工 作 单 位 名 称 | | | | | | | 职 务 |
|  | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人政治表现 |  | |
| 本人专业水平 |  | |
| 进修的目的与要求 |  | |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日 | |
| 接受单位审核意见 | 科室  意见  科教部意见 | 科主任签字  （签章） 年 月 日 |