附件1

成都市妇女儿童中心医院

外来进修申请表

**姓 名：**

**身份证号：**

**选送单位：**

**进修科目：**

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 性 别 |  | 籍贯 |  |  |
| 文化程度 |  | 从事专业 |  | 政治面貌 |  | 民族 |  |
| 工作单位及单位级别 |  | 职称职务 |  |
| 申 请专 业 |  | 申 请起止时间 |  | 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 | 科主任签字年 月 日 |
| 科教部意见 | （盖章）年 月 日 |