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 |