成都市妇女儿童中心医院

外来进修人员申请表

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 |  |
| 工作单位单位级别 |  | 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 |  | 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  | 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 | （签字） 年 月 日 |
| 科教部意见 | （盖章） 年 月 日 |