

**医药卫生人员进修申请表**

姓 名

进修科目

进修时间

选送单位

填表日期

**嘉兴市第一医院制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 年 龄 |  | **照 片** |
| 最 高  学 历 |  | | | 毕 业  专 业 |  | | |
| 联 系电 话 |  | | | 是 否 党团员 |  | | |
| 工 作  单 位 |  | | | | 工作单位性质/等级 | | 事业单位/私营  医院等级： | |
| 参加工作时间 |  | | | | 职 务 或  职 称 | |  | |
| 单位进修管理部门 |  | | | | 单位进修管理部门联系电话 | |  | |
| 现从事专业 |  | | | | 从事申请进修专业时 间 | |  | |
| 医师执业类别/  医师执业范围 | |  | | | 医师执业证编号 | |  | |
| 医生资格证  编码及注册时间 | |  | | | 是否有  大型设备上岗证 | |  | |
| 本人主要经历 | |  | | | | | | |
| 本人专业水平 | |  | | | | | | |
| 进修目的要求 | |  | | | | | | |
| 所在单位意见 | | （公章） 年 月 日 | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 进  修  结  业  鉴  定 | 科 室  鉴 定  意 见 | 科室负责人  签 章  年 月 日 |
| 业务考核评分 |  |
| 进 修  主 管  部 门  意 见 | 结业证书号码：  （公章） 年 月 日 |
| 备  注 | 1. 来院报到时，请提交以下材料：   （1）医生：身份证、毕业证、学位证、执业证、资格证、职称证  （2）医技：身份证、毕业证、学位证、相关岗位上岗证  2.医生、医技进修请联系第一医院医务部，联系电话0573-82083013  3.地址：嘉兴市中环南路1882号，邮政编码 314000  注：（1）我院进修视情况提供住宿  （2）我院进修不提供工作衣 | |