

**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0573-820830133.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 |