**丰县人民医院**

**医务人员进修**

**申 请 表**

**进修学科：**

**进修期限**：

**进修时间：** 年 月 日至 年 月 日

**姓 名：**

**选送单位：**

**填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 1寸照片 |
| 执业类别及范围 |  | 最高学历 |  |
| 职 称 |  |
| 医师（护士）执业证书编号及取得证书时间 |  | 拟进修专业及期限 |  |
| 现任何种专业、从事专业年限 |  | 单位地址 |  |
| 本人手机 |  |
| 主要学历 | 起 止 年 月 | 学 校 名 称 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 主要经历 | 起 止 年 月 | 工 作 单 位 名 称 | 职 称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人工作表现 |  |
| 进修目的或要求 |   |
| 选送单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 接收单位意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 进修科室意见 | 签字（盖章） 年 月 日 |

**结业考核和鉴定**

|  |  |
| --- | --- |
| 个人鉴定 |  |
| 所在科室意见 |  签名（盖章） 年 月 日 |
| 成绩考核 | 科室负责人签名（盖章） 年 月 日 |
| 进修单位鉴定 |  签名（盖章） 年 月 日 |
| 备注 |   |

为保证进修生质量，根据本院要求，此表必须由派送单位签署意见后加盖单位公章，并附：单位介绍信，申请人毕业（学历）证书，以及医师（护士）资格证书、医师（护士）执业证书、身份证等的复印件，原件审核后退回，一寸近照4张。证书不全者将无法办理进修登记。

丰县人民医院科教科

电话：0516-81127090