附件1

进修人员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 年龄 |   | 婚否 |   | 贴照片处 |
| 政治面貌 |   | 籍贯 |   | 文化程度 |   | 健康状况 |   |
| 工作单位 |   | 邮箱 |   |
| 选送单位医教部门联系电话 |   | 职称 |   | 联系电话 |   |
| 执业证书编码 |   | 执业地点 |   | 执业类别 |   | 执业范围 |   |
| 申请进修专业 |   | 申请进修时间 |   |
| 主要学历 | 起止时间 | 学校名称 | 职务 | 证明人 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| 主要工作经历 | 起止时间 | 工作单位名称 | 技术职称 | 证明人 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人政治表现 |   |
| 本人现有业务水平 |    |
| 送培医院意见 |                             医院负责人：        （盖章）      年    月    日 |
| 接收单位意见 |  （盖章）       年    月    日 |
| 备注 | 是否住宿：是    否 |