

医药卫生人员进修 申请表

进修科目_____

姓名_____

单位_____

单位地址_____

邮政编码_____

联系电话_____

南京鼓楼医院集团宿迁医院

地址：宿迁市黄河南路 138 号 邮编：223800

处室：教育处

电话：0527-84210075

年 月 日

姓名		性别		年龄		健康状况	
学历		职称		执业资格		是否党团员	
籍贯	省 市 县			职务			
何时参加工作				现在工作单位级别			
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	
备注	寄进修表时请附医师执业证书、资格证书、职称证书、学历证书、身份证复印件并加盖单位公章，进修妇产科还需附助产资格证书复印件。无所属单位的还需提供无犯罪记录证明。						

政治表现	
现有业务能力	
进修专业及要求	
计算机等级 外语水平	
进修时间：3个月（是 否） 半年（是 否） 一年（是 否）	
选送单位 见	<p style="text-align: right;">负责人签名：</p> <p style="text-align: right;">负责人联系方式：</p> <p style="text-align: right;">(单位盖章) 年 月 日</p>
接收单位 见	<p style="text-align: right;">(盖 章) 年 月 日</p>