**医药卫生人员进修申请表**

进 修 科 目

姓 名

选 送 单 位

填 表 时 间

联 系 电 话

安徽省铜陵市人民医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 年　　龄 |  | 健康状况 |  |
| 学历 | |  | 职称 |  | | 政治面貌 |  | 进修时间 |  |
| 身　份　证　号 | | |  | | | | | | |
| 执业（助理）医师资格证号 | | | | |  | | | | |
| 主要学习经历 |  | | | | | | | | |
| 主要工作经历 |  | | | | | | | | |
| 政治表现 |  | | | | | | | | |

**备注：**身份证、执业（助理）医师资格证、毕业证书须附复印件

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 专业工作年限水平 |  | | |
| 进修的内容与要求 |  | | |
| 选送单位意见 | （公章）　　　　　年　　月　　日 | | |
| 上级行政部门  意见 | （公章）　　　　　年　　月　　日 | | |
| 接受单位审查意见 | （公章）  年　　月　　日 | 接受  科室  考核  意见 | 负责人签字：  　　　　　年　　月　　日 |