

荆门市第二人民医院

荆楚理工学院附属中心医院

卫生技术人员进修

申 请 表

|  |  |
| --- | --- |
| 进修科目 |  |
| 姓 名 |  |
| 选送单位 |  |
| 填表日期 |  |

荆门市第二人民医院

地址：荆门市象山大道39号

电话：0724-6909980 邮政编码：448000

**卫生技术人员进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | | 年龄 | |  | | | 民族 | | |  | 粘  照  片  处 | |
| 籍贯 | | 省 市（县） | | | | | | | | | | 政治面貌 | | | | |  | |
| 文化程度 | |  | | | 健康状况 | | |  | | | 职称、职务 | | | |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | 电话 | | | | |  | | | | | |
| 单位所在地 | | | 省 市（县） 镇 | | | | | | | | | | | 邮编 | |  | | | 有何特长 |  |
| 参加工作时间 | | |  | | | 进修期限 | | |  | | | | | 申请进修专业 | | | | |  | |
| 主  要  学  历 | 起止时间 | | | | | 学校名称 | | | | | | | | | | | | | 备注 | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 主  要  经  历 | 起止时间 | | | | | 工作单位名称 | | | | | | | | | | | | | 职称 | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 本  人  政  治  表  现 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人现有业务水平 |  |
| 进修内容重点与要求 | 年 月 日 |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 接收单位意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 备  注 | 1、认真填写荆门市第二人民医院进修生申请表内项目。  2、请带好以下证件：①身份证复印件；②毕业证复印件；③职称复印件；  ④医师资格证、执业证复印件；⑤1寸登记照照两张（复印件必须用A4纸） |