医务人员进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 贴照片处 |
| 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 |  | 邮编 |  | 邮箱 |  |
| 申请进修专业 |  | 进修时间 |  | 是否会电脑操作 |  |
| 医师执业证编码及执业范围 |  |
| 主要学历 | 起 止 时 间 | 学 校 名 称 | 备 注 |
|  |  |  |
| 主要工作经历 | 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 |  |
| 外语水平 |  |
| 选送单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 接受单位意见 | 科室意见 | 科室负责人 年 月 日 |
| 医院意见 | 负责人 年 月 日 |
| 备注 |  |

填表说明：各栏都必须认真填写。填表后当年有效。