**附件**

**医 药 卫 生 人 员 进 修**

**申 请 表**

**姓 名**

**选送单位**

**进修科目**

**进修期限**

**联系电话**

**工作QQ**

**邮政编码**

**填表日期**

**钦州市第一人民医院(广西医科大学第十附院)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **健康状况** |  | **照片** |
| **年龄** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **毕业学校** |  | **最高学历** |  | **目前从事****专业及年限** |  |
| **申请进修****专业** |  | **进修期限** |  | **职称** |  | **职务** |  |
| **资格证编码** |  | **执业类别** |  |
| **执业证编码** |  | **执业范围** |  |
| **执业地点** |  | **有无大型设备上岗证** |  |
| **主****要****学****历** | **起 止 年 月** | **学 校 名 称** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **主****要****工****作****经****历** | **起 止 年 月** | **工作（或培训）单位** | **职务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **本人政治****表现** |  |
| **专业水平** |  |
| **进修的目的与要求** |  **申请人签字：** |
| **选送单位****意见** |  **（盖章） 年 月 日** |
| **接受单位****意见** |  **拟批准该进修人员于 年 月来我院进修****签名： 年 月 日** |

注：报到时请按需要提供相关证件原件及一份复印件件，如：医学院校毕业证、医师资格证、护士资格证、大型设备上岗证、母婴保健技术考核合格证、助产技术合格证等。