**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。