进修申请表



----------------------------------------请----------------------------------------------装-------------------------------------------------订-----------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 进修学科/部门 |  | | 起止时间 |  | | | | 相片 |
| 姓 名 |  | | 进修期限 |  | | | |
| 性 别 |  | | 进修系列 | ○医生○护士○技术员○行政人员 | | | |
| 年 龄 |  | | 参加工作时间 | 年 月 | | 最高学位 | |  |
| 民 族 |  | | 所在科室 |  | | 职 称 | |  |
| 手机号码 |  | | | 身份证号 | |  | | |
| 单位名称  （公章） |  | | | | | 医院传真 | |  |
| 单位地址 |  | | | | | 邮政编码 | |  |
| 医院等级 | □三级医院 □二级医院 □部队医院 □其他 | | | | | | | |
| 执业证（执业地点） | |  | | | 执业证（执业范围） | |  | |
| 主要学习和工作经历 | | | | | | | | |
| 起 止 | 学校（单位） | | | | | | | 学历（职称） |
|  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
| 业务水平 |  | | | 进修目的 | |  | | |
| 选送单位意见：**同意该同志在** **专科/部门进修学习** **年（月）。**  **该同志所报材料若不属实，我单位愿承担一切后果和全部责任。**  单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 接收科室/部门意见：  负责人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 护理教研室意见（护理人员填写）：  负责人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |

**\*要求A4纸双面打印填写（签名除外）**

**请附齐相关证件的复印件（双面复印，并按以下顺序装订）！**

医 生：①医师执业证（含执业点、执业范围）、②医师资格证（含学校、专业）、③单位进修介绍函、④最高学历学位证

护 士：①护士执业证（含执业点）、②单位进修介绍函、③最高学历学位证

技术员：①技术资格证、②单位进修介绍函、③最高学历学位证

执业证的执业地点、选送单位名称和单位公章三者必须一致（若同一个单位多个名称，须医院办公室出具证明并加盖公章或有卫生局相关批文复印件）。

经过注册的执业医师，其注册类别和范围与所申请进修专业必须一致。