

# 医药卫生人员进修 申请表

进修科目\_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_

单位\_\_\_\_\_

单位地址\_\_\_\_\_

邮政编码\_\_\_\_\_

联系电话\_\_\_\_\_

南京鼓楼医院集团  
宿迁市人民医院

地址：宿迁市黄河南路 138 号 邮编：223800

处室：科教处 电话：0527-84239343

年 月 日

姓 名		性 别		年 龄		健康状况	
学 历		职 称		执业资格		是否党团员	
籍 贯	省 市 县			职务			
何时参加工作				现在工作单位级别			
主 要 学 历	起 止 年 月			学 校 名 称			
主 要 经 历	起 止 年 月			工作单位名称		职称	
备 注	寄进修表时请附医师执业证书、资格证书、职称证书、学历证书、身份证复印件并加盖单位公章，进修妇产科还需加助产资格证书复印件。						

政治表现	
现有业务能力	
进修专业及要求	
计算机等级 外语水平	
进修时间：3个月（是 否）    半年（是 否）    一年（是 否）	
选送单位 意见	<p>负责人签名：</p> <p>负责人联系方式：</p> <p>(单位盖章)    年    月    日</p>
接收单位 意见	<p>(盖 章)    年    月    日</p>