

进 修 申 请 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称/职务 |  | 贴照片处 |
| 工作时间 |  | 专业 |  | 最高学历/毕业院校 |  |
| 进修专业 |  | 进修科室 |  |
| 进修期限 |  | 进修起止时间 |  |
| 工作单位 |  | 单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 本人电话 |  | 身份证号 |  |
| **本人简历 及声明** | 本人已认真阅读贵院进修医生管理相关制度，将严格遵守相关规定，一切医疗活动将 严格在带教老师指导下完成，认真学习，特此说明。签字 日期   |
| **选送单****位意见** | 签字 日期 盖章 |
| **接收单位****主管部门****意见** | 签字 日期 盖章 |

备注：申请人需提供本单位介绍信、身份证、医师资格证、执业医师证、毕业证原件