

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