卫 生 技 术 人 员 进 修

**申 请 表**

进 修 科 目

进修者姓名

选 送 单 位

填 表 日 期

**南通大学附属医院**

**www.ahnmc.com**

填表须知

一、申请人须按表格要求认真、如实填写。

二、选送单位对申请人填写的内容核实后方可签署意见、盖章。

三、**将身份证、学历学位证书、资格证书、执业证书、上岗资格证书等复印件附在此页后（须加盖单位公章）。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 年龄 |  | 政治面貌 |  |
| 职称 |  | 所在科室 |  |
| 单位等级 |  | 单位地址 |  | |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  | |
| 学历学位 |  | 毕业学校  及专业 |  | |
| 执业证书  编号 |  | 资格证书  编号 |  | |
| 进修时长  及起止日期 | 个月， 年 月 日- 年 月 日 | | | |
| 进修内容  要求  （供接收  单位参考） |  | | | |
| 学习及  工作经历 |  | | | |
| 目前业务  能力 |  | | | |
| 政治思想  表现 |  | | | |
| 选送单位  意见 | 年 月 日 | | | |
| 上级行政  部门意见 | 年 月 日 | | | |
| 接收单位  意见 | 年 月 日 | | | |