

进 修 人 员 申 请 表

进修专业：_____

姓 名：_____

选送单位：_____

起止时间：_____

蕲春县人民医院
科教科印制

姓名		性别		年龄		贴照片处
籍贯		政治面貌				
民族		文化程度				
现任职务 职称		所在科室				
毕业学校 及年月				学 制		
所在单位 详细地址				单位电话		
选送单位 等级				本人联系 方 式		
申请进修 专 业				进修起止 时间		
进修计划、 目 标 和 内 容						
主 要 学 历 工 作 经 历	起 止 时 间	工作单位名称			职务	
选 送 单 位 意 见	(盖章) 年 月 日					
为保证进修生质量，根据本院要求，此表必须由派送单位签署意见后加盖单位公章，并附申请人毕业（学历）证书，以及医师（护士）资格证书、医师（护士）执业证书、身份证等复印件，原件审核后退回，一寸近照3张。证书不全者将无法办理进修登记。						

