**内江市第一人民医院进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个 人 基 本 信 息** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号 |  | | 照片 （蓝底标准 一寸证件照） |
| 婚 否 |  | 健康状况 |  | 政治面貌 |  | |
| 现 职 称 |  | 聘任时间 |  | 外语水平 |  | |
| 工作单位 |  | | | 单位等级 |  | |
| 办公电话 |  | 手 机 |  | 个人邮箱 |  | |
| 医师/护士/医技资格证书编码 | |  | | 执业类别 |  | | |
| 医师/护士/医技执业证书编码 | |  | | 执业范围 |  | | |
| **学 历 情 况** | 第一学历 | | 毕业时间 | | 毕业院校 | | | 所学专业 |
|  | |  | |  | | |  |
| 最高学历 | | 毕业时间 | | 毕业院校 | | | 所学专业 |
|  | |  | |  | | |  |
| **工 作 经 历** | 工作单位 | | | | 职称（职务） | | 起止时间 | |
|  | | | |  | | 年 月至 年 月 | |
|  | | | |  | | 年 月至 年 月 | |
|  | | | |  | | 年 月至 年 月 | |
|  | | | |  | | 年 月至 年 月 | |
|  | | | |  | | 年 月至 年 月 | |
| **申**  **请**  **进**  **修 情**  **况** | 申请进修科室 | | 申请进修专业、专项技术 | | 申请进修时间及时长（月） | | | |
|  | |  | | 年 月 日至 年 月 日，共 月 | | | |
|  | |  | | 年 月 日至 年 月 日，共 月 | | | |
|  | |  | | 年 月 日至 年 月 日，共 月 | | | |
| **进修**  **目标 和**  **需求** |  | | | | | | | |
| **本人专业技术水平**  **及**  **外语水平** |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **本人政治思想表现** |  |
| **选送单位 意见** | （医院公章） 年 月 日 |
| **接收科室意见** | 科主任/护士长（签字）： 年 月 日 |
| **接收单位 主管部门 意见** | 负责人（签字）： 年 月 日 |

说明：1.此表由进修学员本人逐项认真填写并经工作单位和进修机构（基地）审核同意并盖章。2.学历从高中（中专）以后开始填写。