**重庆市江北区中医院进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 小一寸照片 |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 技术职称 |  |
| 参加工作时间 |  | 工作科室 |  | 现任职务 |  |
| 工作单位 |  | 单位电话 |  |
| 单位地址 |  | 单位性质 |  |
| E-mail地址 |  | 本人手机 |  |
|  执 业 证 书 编 号 |  |
|  资 格 证 书 编 号 |  |
| 进修时间 |  年 月 日至 年 月 日 共计： 个月  |
| **进修意向** | 进修起止时间 | 进修目的和要求 | 进修科室 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **教****育****背****景** | 起止年月 | 学校或进修培训单位 | 学历、学位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **工****作****简****历** | 起止年月 | 工作单位及部门 | 职 务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **选****送****单****位****意****见** | 1. 对进修生政治思想及业务能力的鉴定：
2. 对进修的意见：

 （签 章） 年 月 日 |
| **接收科室意见** | 同意 □ 不同意 □ 到我科 专业进修时间： 年 月 日至 年 月 日，共计： 个月 科室主任签字：  年 月 日 |
| **主管部门意见** | 同意 □ 不同意 □ 报到时间： 年 月 日（签 章） 年 月 日 |