**甘肃省第二人民医院进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 健康状况 |  | 职称 |  |
| 工作单位 |  | 电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  | 有何特长 |  |
| 拟进修专业 |  | 是否住宿 |  |
| 进修期限 |  |
| 执业证书编号 |  | 身份证号 |  |
| 主要学历 | 起 止 时 间 | 学 校 名 称 | 学历 |
|  |  |  |
| 主要工作经历 | 起 止 时 间 | 工作单位名称 | 职称 |
|  |  |  |
| 进修目的 |  |
| 本人现有业务水平 |  |
| 选送单位意见 | 单位（盖章） 年 月 日  |
| 接受单位意见 | 科室负责人（签字） 年 月 日  |
| 备注 | 1. 此表填写完毕后请所在医院审核并加盖医院公章；
2. 同时附上医院介绍信；
3. 申请人携带本人身份证、执业证、最高学历毕业证、资格证复印件
 |

地址：甘肃省兰州市城关区和政西街1号(甘肃省第二人民医院培训中心)