**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)