淄博市妇幼保健院

淄博市第三人民医院

医师进修申请表

姓名

进修专业

进修时间

所在单位

联系电话

进修编号

**淄博市妇幼保健院医务科 联系电话：0533-2951621**

**地址：淄博市张店区北天津路66号 邮箱：zbsyywk@163.com**

**填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **姓 名** |  | | **性 别** |  | **年 龄** |  | **一寸照片** |
| **婚 否** |  | | **民 族** |  | **职 称** |  |
| **进修科室** |  | | **政治面貌** |  | **进修起始** |  |
| **最高学历** |  | | **进修期限** |  | | |
| **执业范围** |  | | | | **身份证号** |  | |
| **单位名称** |  | | | | **单位级别** |  | |
| **单位联系电话** | |  | | | **本人联系电话** |  | |
| **执业证/资格证编号** | |  | | | **E-mail** |  | |
| **从事相关专业及时间** | |  | | | | | |
| **进修学习目的/要求** | |  | | | | | |
| **教育及工作经历** | **日期** | | | **毕业学校/工作单位** | | **学历专业/科室** | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
| **专业技术 水平** | **单位填写：（指能够开展的技术或业务）** | | | | | | |
| 进修  目的要求 |  | | | | | | |
| **选送单位 意见** | **签字（盖章） 年 月 日** | | | | **接收单位意见** | **签字（盖章） 年 月 日** | |
|
|
|