卫 生 技 术 人 员 进 修

**申 请 表**

进 修 科 目

进修者姓名

选 送 单 位

填 表 日 期

**南通大学附属医院**

**www.ahnmc.com**

填表须知

一、申请人须按表格要求，使用黑色或蓝黑水笔，认真且如实填写。

二、选送单位及上级行政部门（卫健委）对申请人填写的内容核实真实无误后签署意见，并加盖公章。

三、**须提供身份证、学历（学位）证书、资格证书、执业证书复印件，并加盖单位公章。**

四、**非公立医院须提供医疗机构执业许可证和法人代表证复印件，并加盖单位公章。**

五、**单位公章须规范加盖，一律不得使用电子章等。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 年龄 |  | 政治面貌 |  |
| 职称 |  | 所在科室 |  |
| 单位等级 |  | 单位地址 |  |
| 手机号码 |  | 身份证号 |  |
| 学历/学位 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 执业证书编号 |  | 资格证书编号 |  |
| 进修时长及起止日期 | 个月， 年 月 日- 年 月 日 |
| 进修内容要求（供接收单位参考） |  |
| 学习及工作经历 |  |
| 目前业务能力 |  |
| 政治思想表现 |  |
| 选送单位意见 | （公章）年 月 日 |
| 上级行政部门（卫健委）意见 | （公章）年 月 日 |
| 接收单位意见 | （公章）年 月 日 |