**贵州省第二人民医院进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照片  一寸红底 | |
| 单位全称 |  | | | 医院  等级 |  | 技术  职称 |  |
| 何时何医学院校毕业及专业 | | |  | | | 文化  程度 |  | 政治面貌 |  |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | 签发  日期 |  | 执业类别 |  |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | 签发  日期 |  | 执业范围 |  |
| 主要工作经历及目前本专业理论与技能水平情况 |  | | | | | | | | |
| 进修科目 | |  | | | | 进修  期限 |  | 健康状况 |  |
| 进修要求 | |  | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | 年 月 日 （印章） | | | | | | | |
| 接受单位意见 | | 年 月 日 （印章） | | | | | | | |
| 选送单位教学部门电话 | |  | | | | 本人  电话 |  | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |

贵州省第二人民医院临床教学科 制