附件2：

**四川省第四人民医院进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 贴照片处 |
| 籍贯 | 市（县） | 政治面貌 |  |
| 文化程度 |   | 健康状况 |   | 职称、职务 |   |
| 工作单位 |   | 电话 |   |
| 单位所在地 |   | 邮编 |  | 邮箱 |  |
| 申请进修专业 |   | 进修起止时间 |   |
| 执业证书号 |   | 身份证号 |   |
| 主要学历 | 起　止　时　间 | 学　校　名　称 | 备　注 |
|   |   |  |
| 主要工作经历 | 起　止　时　间 | 工　作　单　位　名　称 | 职　称 |
|   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人现有业务水平 |  |
| 外语水平 |  | 计算机熟练程度 |  |
| 选送单位意见 |  （盖章）负责人签字：　　　　　年　　月　　日 |
| 接受单位意见 | 科室意见 | 科室负责人：　　　　 年　　月　　日 |
| 医院意见 | 　 （盖章）负责人签字： 年 　　月　　日 |
| 备注 | 1、交表时请附上医师、护士等相应《执业证》、《资格证》、《身份证》、《职称证》复印件各一份。2、“进修时间”原则上不少于半年（6个月）。3、进修期间，我院不提供住宿，请自行解决。4、进修期间请自觉遵守我院相关规章制度。 |

地 址：四川省第四人民医院教务部 邮政编码：610020

联系电话：028－86675139 网 址：www.sc4h.com