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