医药卫生技术人员进修申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 进修单位 |  |
| 进修科目 |  |
| 进修期限 |  |
| 进修者姓名 |  |
| 选送单位 |  |
| 填表日期 |  |

河北省中医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 籍 贯 | |  | | 文化程度 | |  | | |
| 参加工作时间 | |  | 政治面貌 |  | | 健康状况 | |  |
| 工作单位 | |  | | 现任职务 | |  | | |
| 毕业学校及时间 | |  | | 所学专业及学制 | |  | | |
| 主要经历 | | 起止日期 | | 工作单位名称 | | | | 职务 |
|  | |  | | | |  |
| 本人业务能力 | |  | | | | | | |
| 外语水平 | |  | | | | | | |
| 进修科目要求 |  | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 主管部门意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 接收单位审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

结 业 考 核 和 鉴 定

|  |  |
| --- | --- |
| 个人总结 | 年 月 日 |
| 科室鉴定意见 | 科室领导签字： 年 月 日 |
| 医务处意见 | （盖章）    年 月 日 |
| 进修时间 年 月 日至 年 月 日 | |
| 备注 |  |