

中江县中医医院 临床医技护理人员来院进修申请表

填表时间：

单位联系电话：

姓名		性别		民族		政治面貌	
身份证号				年龄		健康情况	
参加工作年限				目前从业专业			
电子邮箱				联系电话			
最高学历		职称		从事专业			
资格证书号				执业证书号			
拟进修期限	自 年 月 日 至 年 月 日						
选送单位				通讯地址			
主要 学习 工作 经历	起止时间			在何单位任何职务（职称）			
目前 业务 能力				拟进修专业及要求			
选送 单位 意见	单位意见： 负责人签字（盖章）： 单位盖章： 年 月 日			接受 单位 意见	单位意见： 负责人签字（盖章）： 单位盖章： 年 月 日		

备注：

1. 进修表交至中江县一环路北段818号中江县中医医院医教科，进修学习期间住宿需自行解决。

2. 同时交资格证、执业证、身份证、毕业证、学位证复印件各一份，资格证和执业证须包含照片页和详细信息页。