|  |
| --- |
| **西安市第八医院进修申请表** |
|  **填表日期： 年 月 日** |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **一寸照片** |
| **婚 否** |  | **民 族** |  | **职 称** |  |
| **进修科室** |  | **政治面貌** |  | **进修起始** |  |
| **最高学历** |  | **进修期限** |  | **是否住宿** |  |
| **执业范围** |  | **身份证号** |  |
| **单位名称** |  | **单位级别** |  |
| **单位联系电话** |  | **本人联系电话** |  |
| **执业证/资格证编号** |  | **E-mail** |  |
| **从事相关专业及时间** |  |
| **进修学习目的/要求** |  |
| **教育及工作经历**  | **日期** | **毕业学校/工作单位** | **学历专业/科室** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **专业技术 水平** | **单位填写：（指能够开展的技术或业务）** **签字：** |
| **选送单位 意见** |  **签字（盖章） 年 月 日** | **接收单位意见** |  **签字（盖章） 年 月 日** |
|
|
|
| 备注：1、请进修人员持单位介绍信、本人身份证、个人执业证书和医师资格证书。2、三个月仅限护理，医师、技师进修至少半年3、地址：西安市第八医院科教科 联系电话（传真）：029-85320083 |