

**卫生技术人员进修申请表**

进修科目

学习期限

姓 名

选送单位

**黄石市中心医院**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 | |  | | 粘贴1寸免  冠蓝底彩照 |
| 职 称 | |  | 文化程度 | |  | 政治面貌 | |  | | |
| 籍 贯 | |  | 联系电话 | |  | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | 何时参加工作 | | |  | | |
| 部门联系方式 | |  | | | | 部门负责人  联系方式 | | |  | | |
| 主  要  工  作  经  历 | 起 止 年 月 | | | | 工 作 单 位 及 科 室 | | | | | 职称/职务 | |
|  | | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | |  | |
| 学  历 | 起 止 年 月 | | | | 学 校 名 称 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| 外语水平 | | | | |  | | | | | | |
| 专业技术水平  （从事专业工作时间与能力） | | | | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 进修科室  学习时限  及目标 |  |
| 本人政治  思想及专  业概况 |  |
| 选 送  单 位  意 见 | （盖章）  年 月 日 |
| 接 受  单 位  意 见 | （盖章）  年 月 日 |

**备 注：**

1.个人真实填写《黄石市中心医院外来人员进修协议》和《黄石市中心医院卫生技术人员进修申请表》；

2.医疗协作体医院附有效协议复印件1份；

3.《医疗机构执业许可证》（副本）复印件1份；

4.请提交本人医（护）资格证、执业证、身份证、毕业证及职称证复印件；

5.请提交本人近期1寸免冠蓝底彩照1张；

6.请提交本人近1年内本单位的健康体检证明复印件1份；

7.办公地址：黄石市中心医院7号楼509教学（住培）办公室，联系方式 ：0714 - 6250086