**医药卫生人员进修申请表**

**进修科目**

**进修期限**

**姓 名**

**选送单位**

**单位地址**

**邮政编码**

**单位电话**

**手机号码**

**南京医科大学附属无锡妇幼保健院**

**无 锡 市 妇 幼 保 健 院**

**填写日期 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性 别 | |  | 学 历 | |  | 小  一  寸  照  片 |
| 政治面貌 | | |  | | 出生年月 | |  | 婚姻状况 | |  |
| 参加工作年月 | | |  | | 职 称 | |  | | | |
| 工 作 单 位 | | |  | | | | | 工作科室 |  | | |
| 医师资格证书编号 | | | | |  | | | | | | |
| 医师执业证书编号 | | | | |  | | | | | | |
| 教  育  背  景 | 自何年月起 | | | 至何年月止 | | 学校名称 | | | | | 学历、学位 |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
| 工  作  简  历 | 自何年月起 | | | 至何年月止 | | 工作单位及部门 | | | | | 职称、职务 |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
| 目  前  专  业  技  术  掌  握  情  况 |  | | | | | | | | | | |
| 本  人  政  治  表  现 | |  | | | | | | | | | |
| 进  修  目  的  和  要  求 | |  | | | | | | | | | |
| 选  送  单  位  意  见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 接  收  单  位  审  核  意  见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 注意事项：   1. 进修期间不得因参加任何学习而请假。 2. 因故不能如期来进修应及时来函或来电通知我处，以便另做安排。 3. 报到时，临床医师需带医师资格证书、医师执业证书、医师职称证书、学历、学位证书、身份证原件及复印件；医技人员需带职称证书、学历、学位证书、身份证原件及复印件；非临床、医技专业需附相关上岗证书、身份证及学历/学位证书复印件；以上所有复印件上须加盖所在单位公章。（原件核验后返还） 4. 进修申请表须用A4纸打印，填写完成后，按页面序号装订一式一份提交。 5. 进修费： 600元/月。 6. 我院无住宿条件，进修期间食宿自理。 7. 我院地址：无锡市槐树巷48号。联系电话：0510-68004290 | | | | | | | | | | | |