附件 1

广元市中医医院进修申请表

<table>
<tr><td>姓　　名</td><td colspan="2"></td><td>性　　别</td><td></td><td>身份证号</td><td></td><td colspan="3" rowspan="6">照片
（蓝底标准一寸证件照）</td></tr>
<tr><td>婚　　否</td><td colspan="2"></td><td>健康状况</td><td></td><td>政治面貌</td><td></td></tr>
<tr><td>现职称</td><td colspan="2"></td><td>聘任时间</td><td></td><td>外语水平</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="2"></td><td>单位等级</td><td></td><td>医师资格证书编码</td><td></td></tr>
<tr><td>执业类别</td><td colspan="2"></td><td>执业范围</td><td></td><td>医师执业证书编码</td><td></td></tr>
<tr><td>办公电话</td><td colspan="2"></td><td>手　　机</td><td></td><td>个人邮箱</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">学历情况</td><td colspan="2">第一学历</td><td colspan="2">毕业时间</td><td colspan="2">毕业院校</td><td colspan="3">所学专业</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">最高学历</td><td colspan="2">毕业时间</td><td colspan="2">毕业院校</td><td colspan="3">所学专业</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">工作经历</td><td colspan="4">工作单位</td><td colspan="2">职称（职务）</td><td colspan="3">起止时间</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td><td></td><td>至</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td><td></td><td>至</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td><td></td><td>至</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td><td></td><td>至</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td><td></td><td>至</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">申请进修情况</td><td>申请进修机构</td><td>申请进修科室</td><td>申请进修专业</td><td>申请进修专项技术</td><td colspan="3">申请进修时间</td><td>申请进修时长（天）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>至</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>申请进修机构</td><td>申请进修科室</td><td>申请进修专业</td><td>申请进修专项技术</td><td colspan="3">申请进修时间</td><td>申请进修时长（天）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>至</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>进修目标和需求</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>工作单位意见</td><td colspan="8">负责人签字（盖章）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">进修机构意见</td><td>科室意见</td><td colspan="8">科室负责人（签字）：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>医院意见</td><td colspan="8">（盖章）　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

填表说明：1.以上每项为必填项，必须加盖单位公章后方能生效。

2.此表填好后连同本人执业医师（护师）资格证、执业证、职称证、身份证、毕业证的复印件、医院介绍信，到广元市中医院科教科办理。

3.通讯地址：四川省广元市中医医院科教科；联系电话：0839-3342562；邮政编码 628000

4.每年 2 月和 8 月各招收一次进修生，3 月上旬和 9 月上旬正式报到入学，过时概不录取。