

进修申请表

姓 名 _____

联系方式 _____

拟进修专业 _____

拟进修时间 _____ 至 _____

拟进修期限 _____ 个月

选送单位 _____

医联体单位： 是 否

填表时间 _____

填表说明

1. 进修申请表必须按要求填写，由原单位相关行政部门进行审核盖章。
2. 进修学员需提供**执业证**和**资格证**进行审核。执业证中的执业地点、选送单位名称和单位公章三者必须一致。若同一个单位多个名称，须医院办公室出具证明并加盖公章或有卫生局相关批文复印件。经过注册的执业医师，其注册类别和范围与所申请进修专业必须一致。
3. 进修申请表（盖章后整本扫描）和证书扫描件进修申请材料需以“**姓名+进修专业+职业+拟进修开始时间+进修期限（月）**”命名，发送至我院教学管理科邮箱：gyfyyjxglk@163.com，相关纸质版材料需在**报到时**上交我院教学管理科。
4. 个人信息填写务必真实有效，相关材料提交不全或不真实者将影响最终录取结果，后果自负。请自行保留相关证书原件备查。

个 人 信 息

姓名		性别		年龄		民族		点 击 上 照 传 片
职称		专业						
职务				最高学历				
政治面貌				健康状况				
工作单位								
医院规模	三甲 二甲 一甲 社区 其他（ ）							
单位通讯地址								
单位联系电话					手机号码			
邮箱地址					身份证号码			
执业证号码					资格证号码			
主要学习和工作经历								
目前业务水平								
进修目标和要求								

本人政治表现	
选送单位意见	(盖章) 年 月 日
进修科室意见	同意☐ 不同意☐ 到我科 专业进修 期限： _____ 个月 具体时间： 年 月 日至 年 月 日 专业负责人签名： 年 月 日
进修单位意见	同意☐ 不同意☐ 学员报到时间： (盖章) 年 月 日

结 业 考 核 和 鉴 定

个人鉴定	进修人员签名： 年 月 日
进修科室意见	(签章) 年 月 日
进修单位意见	(盖章) 年 月 日