



广州医科大学附属第一医院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

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 ☐

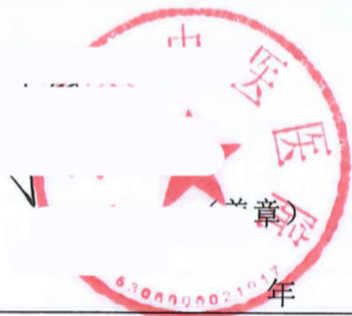
填表时间 _____

个 人 信 息

姓名		性别	女	年龄	35	民族	汉族		
职称		专业							
职务	无			最高学历	本科				
政治面貌	群众			健康状况	良好				
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	本人具有扎实的医学理论基础，熟练掌握本专业理论知识，能独立处理本专业常见病、多发病，对疑难杂症能进行会诊和转诊。在工作中，能严格执行各项规章制度，遵守职业道德，具有良好的医德医风。能积极参加业务学习和学术交流，不断提高业务水平。能正确处理医患关系，对患者热情、耐心，能及时发现和处理医疗纠纷。能积极参加医院组织的各项活动，为医院的发展贡献自己的力量。								
进修目标和要求									

贴相片



本人政治表现	
选送单位意见	 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

不能空，
不能填无

单位行政部门
盖章，临床科
室盖章无效

以下开始无须
填写

身份证：正反面，有效期内



这段话必须要有

依照《中华人民共和国执业医师法》及有关规定，经审核合格，予以注册，发给执业医师执业证书。



编 码:

发证机关:

签发人:

阳江市卫生局

发证日期:

2011年 05月 20日



姓 名

性 别

出生日期

医师资格

证书编码

执业地点

执业类别

执业范围

身份证号



变更注册记录

变更项目

变更日期

批准机关

(盖章)

变更项目

变更日期

批准机关

(盖章)

执业地点和范围有变更的请
补全变更页

这段话必须要有

依照《中华人民共和国执业医师法》及有关规定，经国家医师资格考试，成绩合格，取得执业医师资格，特发此证。



发证机关 广东省卫生厅
签 发 人 姚志彬
证书编码
发证日期 2010年12月15日

姓 名
性 别
出生日期
身份证号
学 历
毕业学校
专 业 临床医学
类 别 临床

使用说明

- 一、本证书仅作为注册依据。未经注册，并取得医师执业证书者，不得从事医疗、预防、保健活动。
- 二、本证书不得出借、出租、抵押、转让、涂改、故意损毁。
- 三、本证书由卫生部统一印制，任何单位或个人不得擅自印制。

中级或高级资格证



卫生专业技术资格

Health Professional Qualification

本证书由中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会批准颁发，表明持证人通过国家统一组织的考试，取得相应的专业技术资格水平。



中华人民共和国
人力资源和社会保障部



中华人民共和国
国家卫生和计划生育委员会

姓 名: _____
证件号码: _____
性 别: _____
出生年月: _____
级 别: 中 级
专 业: 呼吸内科学
批准日期: 2017 年 05 月 28 日
管 理 号: _____

