**自贡市第四人民医院**

 **卫生技术人员培训学习**

 **申　请　表**

**培训科室**

**姓　　名**

**选送单位**

**自贡市第四人民医院**

**二零 年　 月　 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 籍贯 |  |
| 最后学历学位 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| 职称 |  | 职务 |  |
| 从事申请专业工作年限 |  | 工作单位 |  |
| 主要学历 | 起止年月 | 学校名称 |
|  |  |
| 主要工作经历 | 起止年月 | 工作单位名称 | 职称、职务 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人政治表现 |  |
| 本人专业水平 |  |
| 本人外语水平 |  |
| 选送单位意见 | 医院主管部门签章： 年 月 日 |
| 接受单位意见 | 医院主管部门签章： 年 月 日 |