**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 |