|  |
| --- |
| 自贡市第四人民医院临床医师规范化进修申请表 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 身份证号 |  | 照片 （蓝底标准一寸证件照） |
| 婚 否 | 　 | 健康状况 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 现职称 | 　 | 聘任时间 | 　 | 外语水平 | 　 |
| 工作单位 | 　 | 单位等级 | 　 | 医师资格证书编码 | 　 |
| 执业类别 | 　 | 执业范围 | 　 | 医师执业证书编码 | 　 |
| 办公电话 | 　 | 手 机 | 　 | 个人邮箱 | 　 |
| 学历情况 | 最高学历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 所学专业 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 工作经历 | 工作单位 | 职称（职务） | 起止时间 |
| 　 | 　 | 　 | 至 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 至 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 至 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 至 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 至 | 　 |
| 申请进修情况（每个科室至少3个月） | 申请进修机构 | 申请进修科室 | 申请进修专业 | 申请进修时间 | 申请进修时长（月） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 至 | 　 | 　 |
| 申请进修机构 | 申请进修科室 | 申请进修专业 | 申请进修时间 | 申请进修时长（月） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 至 | 　 | 　 |
| 申请进修机构 | 申请进修科室 | 申请进修专业 | 申请进修时间 | 申请进修时长（月） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 至 | 　 | 　 |
| 进修目标和需求 | 　 |
|
|
| 工作单位 意见 |  （盖章） |
| 　 | 　 |  |  | 　 | 年 月 日 |
| 进修单位 意见 | 　 （盖章） |
| 　 |  | 年 月 日 |

说明：此表须由进修医师本人逐项认真填写并经工作单位和进修机构（基地）审核同意并盖章。