**衢州市人民医院进修申请单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 | | |  |
| 联系电话 | |  | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | |
| 技术职称 | |  | | 现从事何专业 | | |  | | |
| 参加工作时间 | |  | | 最高学历 | | |  | | |
| 工作经历 | |  | | | | | | | |
| 资格证书编号 | |  | | 执业证书编号 | | |  | | |
| 进修科目 | | □临床 □医技  □护理 □其他 | | | 进修科室 | | |  | |
| 拟进修开始时间 | |  | | | 进修时长 | | | 个月 | |
| 进修要求 | |  | | | | | | | |
| 选送单位 | |  | | | 选送单位等级 | | |  | |
| 选送单位意见 | | 盖章：  年 月 日 | | | | | | | |