**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 |