淄博市妇幼保健院

淄博市第三人民医院

医师进修申请表

姓名

进修专业

进修时间

所在单位

联系电话

进修编号

**淄博市妇幼保健院医务科 联系电话：0533-2951621**

**地址：淄博市张店区北天津路66号 邮箱：zbsyywk@163.com**

**填表日期： 年 月 日**

|  |
| --- |
|  |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **一寸照片** |
| **婚 否** |  | **民 族** |  | **职 称** |  |
| **进修科室** |  | **政治面貌** |  | **进修起始** |  |
| **最高学历** |  | **进修期限** |  |
| **执业范围** |  | **身份证号** |  |
| **单位名称** |  | **单位级别** |  |
| **单位联系电话** |  | **本人联系电话** |  |
| **执业证/资格证编号** |  | **E-mail** |  |
| **从事相关专业及时间** |  |
| **进修学习目的/要求** |  |
| **教育及工作经历**  | **日期** | **毕业学校/工作单位** | **学历专业/科室** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **专业技术 水平** | **单位填写：（指能够开展的技术或业务）** |
| 进修目的要求 |  |
| **选送单位 意见** |  **签字（盖章） 年 月 日** | **接收单位意见** |  **签字（盖章） 年 月 日** |
|
|
|