**医药卫生人员进修申请、登记表**

姓 名

职 称

选送医院

医院等级

进修科目

进修时间

身份证号

手机号码

电子邮箱

申请日期 年 月 日

**浙江大学医学院附属儿童医院制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本 人 填 写 | | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照 片 | |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 是 否 党团员 |  |
| 参加工作时间 |  | 健康状况 |  | 最高  学历 |  |
| 资格  证号 |  | | | 执业  证号 |  | | |
| 工作单位地址 |  | | | 现从事 何专业 |  | | |
| 本人主要学历和简历 |  | | | | | |
| 进修科目要求 | 申请人签名  年 月 日 | | | | | |
| 选 送 单 位 填 写 | 业务能力 | |  | | | | | |
| 政 治 表 现 | |  | | | | | |
| 选 送 单 位 意 见 | | （公章） 年 月 日 | | | | | |
| 进修结业  个人小结 | | | 本人签名 年 月 日 | | | | | |
| 进修结业鉴定 | | 科 室 鉴 定 意 见 | 科室负责人 （签章） 年 月 日 | | | | | |
| 业务考核评分 |  | | | | | |
| 进修单位领导意见 | （公章） 年 月 日 | | | | | |