**西安国际医学高新医院**

**来院进修人员申请表**

**所在单位：**

**姓 名：**

**进修时间：**

**进修科室：**

**手机号码：**

**电子邮箱：**

**填表日期： 年 月 日**

|  |
| --- |
| **进 修 申 请 表** |
| **20\_\_\_年度**   **填表日期**： 年 月 日 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 一寸免冠照  |
| 婚 否 |  | 民 族 |  | 职 称 |  |
| 政治面貌 |  | 进修科室 |  | 进修期限（起止日期） |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 执业范围 |  | 身份证号 |  |
| 单位名称 |  | 单位级别 |  |
| 本人联系电话 |  | 联系人电话 |  |
| 执业证/资格证编号 |  | 进修期间住址 |  |
| 从事相关专业时间 |  |
| 进修学习目的/要求 |  |
| 教育及工作经历  | 时间 | 毕业学校/工作单位 | 学历专业/科室 |
|  |
| 专业技术 水平（指目前能够开展的技术或业务） |  |
| 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 |
|
|
|
| 备注：西安市雁塔区团结南路16号西安高新医院保障楼五楼科教部 联系电话：029-88335106 |