**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 | | | | | | | | |