**医疗技术人员进修、实习**

**申 请 表**

**进 修 专 业**

 **姓 名**

 **单 位**

**单 位 地 址**

**邮 政 编 码**

**联 系 电 话**

**南京市中心医院**

地址：南京市玄武区成贤街116号 邮编：210018

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 健康状况 |  |
| 学 历 |   | 职 称 |  | 执业资格 |  | 是否党团员 |  |
| 籍 贯 | 省 市 县 | 职务 |  |
| 何时参加工 作 |  | 现在工作单位级别 |  |
| 主要学历 | 起 止 年 月 | 学 校 名 称 |
|  |  |
| 主要经历 | 起 止 年 月 | 工作单位名称 | 职称 |
|  |  |  |
| 备注 | 申请表后请附医师执业证书、资格证书、职称证书、学历证书、身份证的复印件。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 政治表现 |  |
| 现有业务能力 |  |
| 进修专业及要求 |  |
| 计算机等级外语水平 |   |
| 进修、实习时间：三个月（是 否）、半年（是 否） 一年（是 否） 报到时间： 年 月 日 |
| 选 意送单位 见 | (盖 章) 年 月 日 |
| 接 意受单位 见 |  (盖 章) 年 月 日 |

结 业 考 核 和 鉴 定

个

人

鉴

定

 签名 年 月 日

科

 室

 鉴

定

及

成

绩

考

核

 科主任签名 年 月 日

科

教

科

鉴

定

（盖章） 年 月 日

备

注