|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自贡市第四人民医院临床医师规范化进修申请表 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 身份证号 | | |  | | | 照片 （蓝底标准一寸证件照） | | | |
| 婚 否 |  | 健康状况 | |  | | 政治面貌 | | |  | | |
| 现职称 |  | 聘任时间 | |  | | 外语水平 | | |  | | |
| 工作单位 |  | 单位等级 | |  | | 医师资格证书编码 | | |  | | |
| 执业类别 |  | 执业范围 | |  | | 医师执业证书编码 | | |  | | |
| 办公电话 |  | 手 机 | |  | | 个人邮箱 | | |  | | |
| 学历情况 | 最高学历 | 毕业时间 | | | | 毕业院校 | | | | | | 所学专业 | | | |
|  |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| 工作经历 | 工作单位 | | | | | 职称（职务） | | | | | | 起止时间 | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | 至 |  |
|  | | | | |  | | | | | |  | | 至 |  |
|  | | | | |  | | | | | |  | | 至 |  |
|  | | | | |  | | | | | |  | | 至 |  |
|  | | | | |  | | | | | |  | | 至 |  |
| 申请进修情况  （每个科室至少3个月） | 申请进修机构 | | 申请进修科室 | | | 申请进修专业 | | | | 申请进修时间 | | | | 申请进修时长（月） | |
|  | |  | | |  | | | |  | | 至 |  |  | |
| 申请进修机构 | | 申请进修科室 | | | 申请进修专业 | | | | 申请进修时间 | | | | 申请进修时长（月） | |
|  | |  | | |  | | | |  | | 至 |  |  | |
| 申请进修机构 | | 申请进修科室 | | | 申请进修专业 | | | | 申请进修时间 | | | | 申请进修时长（月） | |
|  | |  | | |  | | | |  | | 至 |  |  | |
| 进修目标和需求 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 工作单位  意见 | （盖章） | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | |  | 年 月 日 | | | |
| 进修单位  意见 | （盖章） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | 年 月 日 | | | | |

说明：此表须由进修医师本人逐项认真填写并经工作单位和进修机构（基地）审核同意并盖章。