****

**西安市红会医院**

**医、技人员进修申请表**

**姓 名：**

**单 位：**

**联系电话：**

**进修时间：自 年 月 日**

 **至 年 月 日**

**医务部制**

**西安市红会医院医、技人员进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 学历 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 政治面貌 |  | 健康 状况 |  | 联系电话 |  |
| 执业类别 |  | 工作单位 |  |
| 是否医联体单位 | 是□ 否□ | 类型 | 陕西省骨科医疗集团成员医院 □对口支援单位 □卫星医院 □其他：  |
| 医师资格证号 |  | 医师执业证号 |  |
| 进修时间及专业 |  进修学制  | 1年制 □ 半年制 □ 3个月 □ 其 他：  |
| 进修科室 | 进修时长(3个月/6个月/9个月/12个月) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 进修计划及预期目标 | 本人签字： 日期：   |
| 选送单位科主任意见 | 签 字： 日期：   |
| 选送单位意见 | 签章：  年 月 日 | 接收单位意见 | 签章：  年 月 日 |