****

**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 | | |