|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **西安市第八医院进修申请表** | | | | | | | |
| **填表日期： 年 月 日** | | | | | | | |
| **姓 名** |  | | **性 别** |  | **年 龄** |  | **一寸照片** |
| **婚 否** |  | | **民 族** |  | **职 称** |  |
| **进修科室** |  | | **政治面貌** |  | **进修起始** |  |
| **最高学历** |  | | **进修期限** |  | **是否住宿** |  |
| **执业范围** |  | | | | **身份证号** |  | |
| **单位名称** |  | | | | **单位级别** |  | |
| **单位联系电话** | |  | | | **本人联系电话** |  | |
| **执业证/资格证编号** | |  | | | **E-mail** |  | |
| **从事相关专业及时间** | |  | | | | | |
| **进修学习目的/要求** | |  | | | | | |
| **教育及工作经历** | **日期** | | | **毕业学校/工作单位** | | **学历专业/科室** | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
| **专业技术 水平** | **单位填写：（指能够开展的技术或业务）**  **签字：** | | | | | | |
| **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：1、请进修人员持单位介绍信、本人身份证、个人执业证书和医师资格证书。  2、三个月仅限护理，医师、技师进修至少半年  3、地址：西安市第八医院科教科 联系电话（传真）：029-85320083 | | | | | | | |