**淮安市第三人民医院**

**来院进修、培训申请表**

|  |
| --- |
| 进修科室 进修时间 姓 名 身份证号 选送单位 所在科室 通讯地址 邮编 联系电话  |

  **年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 籍贯 |  省 市 县(区) |
| 参加工作时间 |  年 月 | 学历（学位） |  |
| 目前工作单位 |  | 所在专业 |  |
| 是否为我院医联体单位或对口支援医院 | 是🞎 否🞎 |
| 目前职称 |  | 现任职务 |  |
| （助理）医师资格证书编号 |  | 医技等其他人员相关证书名称及编号 |  |
| （助理）医师注册证书编号 |  |
| 主要工作和学习经历（从高中/中专开始按序填写） |
| 起止年月 | 学习或工作单位名称 | 担任职务或具体岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 进修学习目的 |  |
| 身体健康情况 |  本人签名： 年 月 日 |
| 选送单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 接收单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |

|  |
| --- |
|  |

**结 业 鉴 定**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科室 小结 | 学习内容及完成情况 | 科室评语 |
| 科室时间 | 本人签名：年 月 日 | 签名：年 月 日 |
| 科室时间 | 本人签名：年 月 日 | 签名：年 月 日 |
| 进 修 鉴 定 |
| 自 我 鉴 定 | 签名： 时间： |
| 接 受 单 位 鉴 定 意 见 | 签名：时间： |
| 备 注 |  |