**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 |  | | |