

医务卫生人员进修 申请表

申请单位_____

姓 名_____

进修科目_____

进修期限_____

填表日期_____

郟城县第一人民医院

填表说明

为保证进修生质量，根据本院要求，此表必须由派送单位管理部门签署意见后加盖单位公章。同时上交以下附件材料：

- 1、申请人毕业（学历）证书复印件
- 2、医师（护士执照）资格证书复印件
- 3、医师（护士）执业证书复印件
- 4、职称证书复印件
- 5、身份证复印件
- 6、凡申请进修放射诊疗专业的科室（如：影像科、涉及到介入放射诊疗），需要携带《放射工作人员证》复印件和职业性健康体检合格证明（二年有效期内）复印件。

以上复印材料，由派送单位盖章确认，以便进行资格审核。证书不全者，一律不予接收。

收信地址：郟城县第一人民医院（北环路 159 号）行政楼二楼医务部

邮编：276199

电话：0539-2100636

姓名		性别		年龄		照 片
民族		政治面貌		工作年限		
最高学历		职称/职务				
从事专业		是否从事放射诊疗岗位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
身份证号			手机			
工作单位				联系电话		
录取通知 邮寄地址				邮编		
邮箱				是否住宿	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
医师资格证书编码						
医师执业证书编码						
起止年月		学校及工作单位名称			职务	
主 要 学 历 及 作 简 历						
本 人 专 业 水 平 与 修 目 的						

选送 单位 意见	<p>签字： (盖章) 年 月 日</p>
接收 单位 意见	<p>签字： (盖章) 年 月 日</p>