

医药卫生人员进修

申 请 表

姓 名

选送单位

填表日期

**绍 兴 市 口 腔 医 院 制**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  年 月 | 贴像片 |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  年 月 |
| 职称 |  | 资格证书编号 |  |
| 学历 |  | 毕业学校及时间 |  |
| 通信地址 |  | 邮编 |  |
| 联系方式 | 手 机 |  | E-mail |  |
| 进修时间 | □3个月 □6个月 □1年 其他：  |
| 起止时间： |
| 本 人 简 历 | 起   止   年   月 | 工  作 单  位   | 职 务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 进修科目内容及要求 |  |
| 选送单位意见 |  盖 章 年 月 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 进修结业鉴定 | 个人小结 | 本人签名： |
| 科室鉴定及业务考核成绩 |  成绩： 科室负责人签字： |
| 进修单位鉴定 | 盖 章  年 月 日 |
| 注意事项 | 1.申请表须附身份证、毕业证书、执业证书、资格证书、职称证书等复印件，材料不全，我院将不予受理。2.通讯地址：绍兴市口腔医院医教科联系人：孙菲 电话：（0575）88551152邮箱：sxkouqiang@163.com |