

**云南中医药大学第二附属医院**

**进修申请表**

 姓 名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 选送单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 进修科目\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 进修期限\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 填表时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 | 省 市（县） |
| 政治面貌 |  | 技术职称证书编号 |  |
| 年龄 |  | 最高学历 |  |
| 身份证号码 |  |
| 参加工作时间 |  | 职务 |  |
| 单位通讯地址 |  | 从事专业 |  |
| 单位邮政编码 |  | 单位联系人、职务、联系电话（重要，务必填写） |  |
| 暂不提供住宿 | 手机号码 |  |
| 个人主要学历与社会经历 |   |
| 目前业务水平 |  |
| 进修科目与具体起止时间 |   | 进修目的与要求 |   |
| 政治思想工作表现情况（自评） |  年 月 日  |
| 选送科室意见 |  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***科室负责人签名：   年 月 日 |
| 选送单位意见 | 负责人签名：  （单位公章） 年 月 日 |
| 接收进修科室意见 | 同意□不同意□ 到\_\_***\_\_\_\_***\_\_\_科 专业进修。 期限： 年/月时间： 年 月 日至 年 月 日  \_\_\_\_\_\_科室主任签名： 年 月 日 |
| 教学管理科意见 | 同意□不同意□发通知时间: 报到时间：  （盖章） 年 月 日 |

随附证件如下（A4纸复印，**人事部门**盖章,依次装订）：

1. 身份证复印件
2. 医师执业证书复印件或护士执业证书正、副本
3. 医师资格证复印件
4. 学历证书复印件
5. 单位聘书/劳动合同复印件

注：所有证件有效期必须覆盖进修期