# 微信图片_20191031172953

# 医药技人员进修

# 申请表

姓 名

进修科目

进修时间

派遣单位

联系电话

河南省直第三人民医院

年 月 日

**河南省直第三人民医院进修人员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 年龄 |  | | 职称 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | |
| 资格证 | 编 码 | |  | | | | | | | | |
| 发证日期 | |  | | | | | | | | |
| 执业证 | 编 码 | |  | | | | | | | | |
| 发证日期 | |  | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | 邮政编码 | |  | | |
| 医院等级 |  | | | | | |  | |  | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | 毕业时间 | |  | | |
| **简 历** | | | | | | | | | | | |
| 起 止 | 主要学习和工作经历 | | | | | | | | | | 职 称 |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
| 外文程度 |  | | | | | | | | | | |
| 业务水平： | | | | | | | | | | | |
| 进修的主要要求： | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见（加盖公章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 接受单位意见：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 注：① 临床医师类人员需邮箱提交加盖单位公章的进修人员申请表（原件随报到上交）。报到时并提交医师资格证、医师执业证、身份证、毕业证的复印件各一份和两张两寸照片。医师资格证和医师执业证必须包含照片页和详细信息页。  ② 医技类人员需邮箱提交加盖单位公章的进修人员申请表（原件随报到上交）。报到时并提交相关专业技师类证书、身份证、毕业证的复印件各一份。  ③进修人员管理电话：0371-68061152；邮箱：h68690000@163.com。 | | | | | | | | | | | |