|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |
|

|  |
| --- |
|  |
| **中国医学科学院肿瘤医院深圳医院** |  |
|  |
| **进 修 申 请 表** |

|  |  |
| --- | --- |
|  申请进修专业： |   |
|  申请人姓名： | 　　　　　　　　　　　　　  |
| 所在单位： | 　　　　　　　　　　　　  |
| 单位级别： | 　　　　　　　　　　　　　  |
| 职　　称： | 　　　　　　　　　　　　　　  |
| 填表日期： |  　　　　　　　　　　　 |
| 中国医学科学院肿瘤医院深圳医院 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **籍贯** |  |
| **民 族** |  | **政治面貌** |  | **身份证号** |  |
| **最高学历** |  | **行政职务** |  | **职 称** |  |
| **从事专业** |  | **从事本专业时间** |  |
| **申请进修时间** |  | **申请进修专业(培训项目）** |  |
| **执业证书编号** |  | **资格证书编号** |  |
| **工作单位** |  | **单位级别** |  |
| **详细通讯地址** |  | **邮 编** |  |
| **本人手机号** |  | **单位电话** |  |
| **E-mail** |  | **家庭固话** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主要学习及工作经历  | 起止年月 | 学习、工作单位 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 业务水平（个人书写）：签字：　　　　　　　　　　　年 　　月　　 日 |

|  |
| --- |
| 外语语种及水平（个人书写）：签字：　　　　　　　　　　　年 　　月　　 日 |
| 选派科室对进修生政治思想、业务能力鉴定及对进修医师的专业要求：选派科室负责人签字：　　　　　　　　　　　年 　　月　　 日 |
| 选派单位意见：部门（公章）　　　　　　　　　　　年 　　月　　 日 |
| 接收单位科室意见：接收科室负责人签字： 　年 　　月　　 日 |
| 接收单位意见： 部门（公章）　　　　　　　　　　　年 　　月　　 日 |

 |

备注：进修/参观学习人员应提供原单位的介绍信、医师资格证书、执业证书（原件及复印件）等相关材料。