|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| |  | | --- | |  | | **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：  部门负责人签字：  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。