

# 医药卫生人员进修 申请表

进修单位\_\_\_\_\_

进修专业\_\_\_\_\_

姓 名\_\_\_\_\_

选送单位\_\_\_\_\_

年 月 日

本人填写	姓名		性别		年龄		照片	
	毕业学校及专业			毕业时间				
	参加工作时间			是否党团员				
	职务或职称				任现职时间			
	工作单位				现从事何专业			
	执业医师证书		执业范围		联系号码			
	本人主要简历							
	专业及外语水平							
	政治表现							
	业务能力							

选送单位填写	进修科目要求	
	拟进修时间	
	科室意见	(盖章)                      年    月    日
选送单位意见		(盖章)                      年    月    日
上级行政部门审核意见		(盖章)                      年    月    日
接受单位意见		(盖章)                      年    月    日

# 结业考核和鉴定

个人鉴定			
业务考核评分			
科室鉴定意见	科室负责人： 签 章  年 月 日		
进修单位鉴定意见	(盖章)  年 月 日		
证书号		备注	