西安市胸科医院进修申请表

填表日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性 别 |  | | 年 龄 | |  | 一寸照片 |
| 政治面貌 | | |  | | 民 族 |  | | 职 称 | |  |
| 进修科室 | | |  | | 进修期限 |  | | 进修起始 | | 年 月 |
| 最高学历 | | |  | | 工作时间 |  | | 是否住宿 | | 是 / 否 |
| 进修学习方向 | | | |  | | | | | | | |
| 单位名称 | | | |  | | | | 单位电话 | |  | |
| 执业证编号 | | | |  | | | | 执业范围 | |  | |
| 本人联系电话 | | | |  | | | | E-mail | |  | |
| 主要学历及工作经历 | 本人填写：（从高中起填） | | | | | | | | | | |
| 专业技术水平 | 单位填写： | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | | 接收科室意见 | | 科主任签字（盖章）  年 月 日 | | |
| 接收单位意见 | | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：请将《医师资格证》、《医师执业证》、《毕业证》、《学位证》、《身份证》和《进修申请表》（请加盖单位公章）扫描后[一同发至邮箱xaxkyykejiaoke@163.com](mailto:一同发至邮箱380811280@qq.com)进行审核。