附件1

**内江市第二人民医院进修人员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 最后学历 |  | 毕业学校专业时间学制 |  |
| 执业级别 |  | 执业证编码 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  | 技术职称 |  |
| 单位名称 |  | 电话号码 |  | 婚姻状况 |  |
| 申请进修科别及专业 |  | 进修期限 |  |
| 进修目的及要求 |  |
| 主要学历与经历 | 起止时间 | 学习和工作单位名称 | 职务职称 |
|  |  |  |
| 本人专业技术能力及外语水平 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人政治表现 |  |
| 选送单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 接受科室意见 |  科主任： 年 月 日 |
| 接受单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |