

中国中医科学院眼科医院

进修申请表

进修科目_____

姓 名_____

选送单位_____

二零 年 月 日

姓名		性别		年龄		毕业 时间	
进修 时间		文化 程度		是否党 团员		健康 状况	
电话				E-Mail			
工作 单位				通讯 地址			
主 要 学 历	起止年月			学校名称			
主 要 经 历	起止年月			工作单位名称		职称/职务	

本人 政治 表现	
本人 专业 水平	
本人 外语 水平	
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

姓名		职称		进修科室		进修期限	
全勤		病假		事假		其它	
个人鉴定	(盖章) 年 月 日						
科室鉴定	(盖章) 年 月 日						
院级鉴定	(盖章) 年 月 日						
备注							