绵阳市骨科医院进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 健康状况 |  | |
| 政治面貌 |  | | 文化程度 |  | | |
| 工作单位 |  | | 职称职务 |  | 联系  电话 |  | |
| 进修专业 |  | | 进修时间 |  | 身份证号码 |  | |
| 学  习  经  历 |  | | | | | | |
| 工  作  经  历 |  | | | | | | |
| 本人现有业务水平 |  | | | | | | |
| 进修目标和  需求 |  | | | | | | |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 接受单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |

**请将本人毕业证、最高学位证书以及执业证、资格证扫描件附后。**