吉林省中医药科学院第一临床医院

医生及技师进修人员申请表

姓 名：

选送单位：

进修科室：

通信地址：

邮政编码：

联系电话：

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年龄 |  | 照 片 |
| 进修科室 |   | 职称 |  |
| 单位电话 |  | 手 机 |  |
| 进修类别 | □医生 □技师  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 进修时间 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 本人学历及工作经历 |  |
| 进修目的和要求 |  |
| 选送单位意见 | 单位公章年 月 日 |
| 接受单位医务部审批 | 签字： 年 月 日 |
| 接受单位主管院长审批 | 签字： 年 月 日 |

|  |
| --- |
|  |