附件1

宁夏医科大学总医院医药卫生人员进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 年 龄 | |  | 民 族 | |  | 照片 |
| 健康状况 |  | 籍贯 | |  | 工作年数 | |  | | | |
| 身份证号 |  | | | | 电子邮箱 | |  | | | |
| 学 历 |  | | **医师（药师或其他）资格证书号** | |  | | | | **执业范围** | |
| 职 称 |  | | **医师（药师或其他）执业证书号** | |  | | | |  | |
| 工作单位  及级别 |  | | | | | 手机号码 | | |  | | |
| 选送单位详细地址 |  | | | | | 单位联系电话 | | |  | | |
| 进修科目及要求 |  | | | | | | | | | | |
| 进修时间 | （ 年 月 日 —— 年 月 日 ） | | | | | | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | | | | |
| 政治思想情况及专业能力 |  | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （是否同意外出进修）  负责人（签字）：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 接收科室审核意见 | （是否同意接收）  科室负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 接收医院审核意见 | （是否同意接收）  负责人（签字）：  （盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |