**深圳市光明区人民医院**

**来院进修申请表**

**进修科目：­­­­­­­**­­­

**姓 名：**­­­

**选送单位：**­­­

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  | 职称 | |  | 贴照片处 |
| 政治面貌 |  | 健康状况 | |  | | 民族 | | |  |
| 专业执业证号 |  | | 联系电话 | | |  | | | |
| 单位联系人 |  | | 单位联系电话 | | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | |
| 申请进  修专业 |  | | 申请进修  时间 | |  | | | 执业范围 | |  |
| 本人进修学习目的及要求 |  | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 接收单位医务部/护理部意见 | (分配院区建议)  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 接收科室意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 科教部意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |