



# 卫生干部进修申请表

进修科目\_\_\_\_\_

学习期限\_\_\_\_\_

姓 名\_\_\_\_\_

选送单位\_\_\_\_\_

邮政编码\_\_\_\_\_

电子邮箱\_\_\_\_\_

潜江市中心医院科教科制定

年 月 日

## 潜江市中心医院进修申请表

姓 名		性 别		年 龄	
文化程度		身份证号码			
进修科目		进修时限		职 称	
工作单位		原工作单位邮政编码			
联系电话		单位地址			
主 要 学 历	起 止 年 月	学 校 名 称			
主 要 经 历	起 止 年 月	工 作 单 位 及 科 室		职 称	
现在业务水平 (从事专业工作时间与水平)					

<p>进 修 内 容</p> <p>与 要 求</p>	
<p>本 人 政</p> <p>治 表 现</p>	
<p>选 送 单</p> <p>位 意 见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章)      年    月    日</p>
<p>接 收 单</p> <p>位 意 见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章)      年    月    日</p>
<p>备      注</p>	<p>1、请交身份证复印件  2、请交毕业证复印件  3、请交职称证复印件  4、请交执业医师执业证或护士执业执照复印件</p> <p>联系电话：07286242026  联系地址：潜江市章华中路 22 号潜江市中心医院科教科</p>