**附件**

重庆市第七人民医院

进 修 人 员 申 请 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 年龄 |  | | 婚姻状况 |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | 职称 |  | | 工作年限 |  | |
| 最后学历 | |  | | 毕业学校及毕业时间 | | |  | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | 邮政编码 | |  | 手机号码 |  | |
| 申请进修科别  及专业 | | |  | | | | 进修时限 | | 年 月 日- 年 月 日 | | | |
| 获取执业  资格证书  情况 | 医师资格证书编号 | | | | 医师执业证书编号 | | | | 执业范围 | | 发证时间 | |
|  | | | |  | | | |  | |  | |
| 护士执业证书编号 | | | |  | | | | | | |  |
| 主要学历与经历 | 起 止 年 月 | | | | 学 习 和 工 作 单 位 名 称 | | | | | | 职 务 | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
| 进修目的和要求 |  | | | | | | | | | | | |
| 申请人在拟进修专业方面的工作基础 |  | | | | | | | | | | | |
| 选送单位对进修生  政治思想及业务能力的鉴定 | 政治思想及医德医风表现：  业务能力：  签名**：**  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 接收医院意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| **备 注** | 请将个人进修报名表电子版和盖章后的纸质版扫描件发至qq邮箱496265294@qq.com，进修报到时须交以下资料：  1.单位开具的介绍信原件、进修申请表原件、个人1寸照片2张。  2.请交身份证复印件及毕业证、学位证复印件（最后学历）  3.请交执业医师资格证、注册证或护士执业证复印件。  4.医院不提供住宿，进修人员自理。 | | | | | | | | | | | |

重庆市第七人民医院 科技教育科

地址：重庆市巴南区李家沱街道李渡路168号 邮政编码：400054

联系电话：023-62861152