

眉山市人民医院进修申请表

姓 名		性 别		年 龄		照 片
文化程度		民 族		特 长		
政治面貌		职 称 职 务				
进修专业				进 修 时 间		
选送单位						
选送单位地址						
联系电话	单 位： 个 人：			邮 政 编 码		
执业范围、执业证编码（必填）						
最后学历	起 止 时 间	毕 业 学 校			学 习 专 业	
主 要 工 作 经 历	起 止 时 间	工 作 单 位 及 从 事 的 工 作			职 务	
进 修 目 的 、 内 容 或 主 修 课 程						

本人从事专业现有业务水平		
选送单位意见		单位（盖章） 年 月 日
接收单位审查意见	科 室	科室负责人（签字）： 年 月 日
	科 教 科	科科长负责人（签字）： 年 月 日
备 注		1、请用正楷字体认真填写以上各栏，要求字迹清楚、端正。 2、交表时请提供本人毕业证、资格证、执业证及身份证复印件。 3、此表可复制，填报当年、当次有效。

通讯地址：眉山市东坡区东坡大道南四段 288 号；

邮政编码：620010；联系电话：（028）38235337

单 位：眉山市人民医院 科教科 收