

泸州市妇幼保健院（泸州市第二人民医院）

进修变更申请表

姓 名		性别		选送单位	
原定进修 科目				进修起止 时间	
申请变动 进修科目				申请进修起 止时间	
手机号码				QQ号	
进修科目 变动理由					
学员单位 意见	盖章（签字）： 年 月 日				
医务部/护 理部意见	医务部/护理部负责人（签字）： 年 月 日				
科教部 意见	科教部负责人意见（签字）： 年 月 日				