泸州市妇幼保健院（泸州市第二人民医院）

进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 婚 姻 |  | 籍 贯 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | | | 年龄 | |  | | 手机号 |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  | | 最高学历 |  |
| 工作单位 |  | | | 单位级别 | |  | | 所在地域 |  |
| 参加工作时间 |  | | | 从事专业 | |  | | | 从事本专业年限 |  |
| 技术职称 |  | | | 行政职务 | |  | | | 健康状况 |  |
| 单位通讯地址 |  | | | | | | | | 邮政编码 |  |
| 拟进修专业 |  | | | 进修开始  时间 | |  | | | 进修时限 |  |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | |
| 学习经历 |  | | | | | | | | | |
| 主要论文/科研情况 |  | | | | | | | | | |
| 政治面貌及政治表现 |  | | | | | | | | | |
| 医德表现及科学作风 |  | | | | | | | | | |
| 进修目的要求/申请人签字 | 申请者签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 选送单位领导意见（盖章）  签字：  年 月 日 | | | | | | 接收单位审批意见：  盖章  年 月 日 | | | | |
| 填表说明 | 1.请粘贴照片并签字后，交单位负责部门填写意见盖章后拍照或扫描上传申请表；  2.请勿修改本表格内容 | | | | | | | | | |