# 湖北省直属机关医院（湖北省康复医院）

进修人员申请表

选送单 位：

进修申请人：

进修专 业：

进修时 长：

起止时 间：

地址：湖北省武汉市武昌区水果湖东二路7号 邮编：430074 电话：027-87238287

|  |
| --- |
| 一、申请人基本信息 |
| 姓 名 |  | 性 | 别 |  | 民族 |  |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号 |  |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校 |  |  |
| 工作单位 |  |  |
| 工作部门 |  | 担任职务 |   |  |
| 从事专业 |  | 技术职称 |  | （粘贴照片） |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 医师执业证编码 |  | 发证日期 |  |
| 医师资格证编码 |  | 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 执业地点 |   |
| 二、申请进修计划 |
| 进修途径 | £一般途径 |  | □我院对口支援单位选送 |  |
|  | £我院技术合作单位选送 | □我院在职研究生 |
| 进修专业 |  | 进修部门 |  |
| 进修时长 |  | 起止时间 |  |
| 学习计划、目标和内容 |  |
| 三、工作单位意见 |
| 选送单位意见 | 盖章（院章）： |  |  | 时间： | 年 | 月 | 日 |
| 四、接收科室、部门意见 |
| 接收科室意见 | 签字：时间：  |  | 部门意见（医务/护理） |  签字： 时间： |

备注：此表正反面打印；附申请人相关证件（身份证、资格证书和注册执业证）复印件一起装订。