医 药 卫 生 人 员 进 修

申 请 表

姓 名： ${userName}

选送单位： ${sendComName}

进修科目： ${speName}

通信地址： ${sendComAddress}

邮政编码： ${postCodes}

联系电话： ${userPhone}

潮州市人民医院

${date}

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | ${userName} | | 性别 | ${sexName} | 出生  年月 | ${userBirthday} |
| 文化程度 | ${maxEduName} | | 民族 | ${nationName} | 参加工作时间 | ${jobYear} |
| 职称 | ${titleName} | | 职务 | ${postName} | 政治  面貌 | ${politicsStatusName} |
| 籍贯 | | | ${nativePlaceProvName}${nativePlaceCityName} | | | |
| 本 人  学 历  及  社 会  经 历 | | ${socialExperience} | | | | |
| 本 人  业 务  水 平 | | ${vocationalLevel} | | | | |
| 进  修  生  思  想  表  现 | | 科主任签名：  年 月 日 | | | | |
| 进  修  目  的  和  要  求 | | ${studyAim} | | | | |
| 选  送  单  位  意  见 | | 单位盖章：  年 月 日 | | | | |
| 接  受  单  位  意  见 | |  | | | | |
| 在进修期间，愿意遵守医院一切规章制度  申请人（签名）： 单位领导（签名）：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |

填 表 须 知

凡申请来我院进修学习的人员，请先阅读以下填表要求：

1．临床进修人员必备条件：大学本科毕业二年、大专毕业三年、中专毕业四年以上，已获得执业医师资格或助理执业医师资格，具有一定中医理论和实践经验的医师或医士，经过考核后可以在我院参加临床进修学习。

2．申请手续：首先在我院教育科领取进修人员申请表，按表中各栏要求，如实、认真填写，经选送单位盖章后，将申请表与学历证书、执业医师或助理执业医师资格证复印件寄回教育科。

3．经教育科审查有关证件后，对符合条件者，则发出“来院进修通知”及“进修人员须知”。进修人员须按通知规定的时间来院报到。

4．进修期间不安排探亲假，不能因学习、会议、搬家或单位人员紧张等原因请假，遇节假日，应绝对服从科室安排。如遇有提职晋升、学历考试及单位人员紧张等，请不要来我院进修。进修期间一律不准回单位处理上述事宜，如擅自离岗，则退回原单位，不办理任何结业证明。