

申请表寄出日期

申请表接收日期

**进 修 人 员 申 请 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | 年龄 | |  | 婚姻  状况 |  | | 民族 | |  |
| 身份证号码 | |  | | | 手机号码 |  | | | | 健康状况 | | 健康 | |  |
| 职称 | |  | 职务 | |  | 工作年限 | | |  |
| 最后学历 | |  | 毕业学校  及毕业时间 | |  | | | | | 其他（请罗列） | | |
|  | | |
| 单位名称 | |  | | | | 单位电话 | | |  | | | | | |
| 收信地址及邮政编码 | |  | | | | | | | 电子邮箱 | |  | | | |
| 医院等级 | |  | | | | 进修时间 （月） | | | □月 其他： | | | | | |
| 现从事专业 | | | | 申请进修科室 | | | | | 申请进修专业 | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 执  业  资  格  证  书 | 类别 | | | 证书编码 | | | 执业范围 | | 发证机关 | | | | 发证时间 | |
| 医师资格证书 | | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 医师执业证书 | | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 医技资格证书 | | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 护士资格证书 | | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 护士执业证书 | | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 主要学习与工作  经历 | 起 止 年 月 | | | 学 习 和 工 作 单 位 名 称 | | | | | | | | | 职 务 | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
| 进修目的和要求 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本及  人外  专语  业水  技平  术 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本人政治思想  表现 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （单位盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 接收科室意见 | 科主任签字/护士长签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 接收单位主管部门意见 | 负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | **一、 申请表须本人填写齐全加盖选送单位公章后[邮寄重庆市人民医院科教处或发送邮箱769704166@qq.com](mailto:邮寄重庆市人民医院科教处或发送769704166@qq.com)。请详细填写个人信息（联系电话及邮箱），以方便接收《重庆市人民医院进修人员录取通知书》。申请人邮寄或发送个人资料时，需同时附以下证件复印件及发送电子版像片：**  **1．身份证复印件**  **2．毕业证复印件（最后学历）**  **3．医师交医师资格证、医师执业证书复印件；医技人员交相关技术专业资格复印件；护士交护士资格证和护士执业证书复印件（助产士提供母婴保健技术考核合格证复印件）**  **4、特别注意：为提前制作进修生工作胸牌，请提供电子版免冠登记彩色像片1张（白底+姓名）发送至[邮箱769704166@qq.com](mailto:邮箱769704166@qq.com)中。**  **二. 进修人员食宿自行安排、费用自理。** | | | | | | | | | | | | | |

**通信地址及联系人 ：重庆市两江新区星光大道118号 科教处 梁爽 联系电话：（023）63390060 邮政编码：401121**