

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。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**