附件1

**广东省第二人民医院**

**进修申请表**

**进修科目:**

**姓 名:**

**选送单位:**

**单位地址:**

 **年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |  |
| **毕业学校** |  | **学历/学位** |  | **职称****（职务）** |  |
| **政治面貌** |  | **邮箱** |  |
| **个人电话** |  | **单位电话** |  |
| **选送单位** |  | **单位地址** |  |
| **进修科目** |  | **进修时间** |  **🗆 6个月 🗆12个月** |
| **学习经历** |  |
| **工作经历** |  |
| **所在科室意见** | 科室主任（签名）：  年 月 日 |
| **单位意见** | （盖章） 年 月 日 |
| **上级主管部门意见** | （盖章） 年 月 日 |
| **进修单位意见** | （盖章） 年 月 日 |
| **自我鉴定** | （主要是业务学习的收获体会） |
| **带教评价** | （从政治表现、业务学习、服务态度、组织纪律等方面进行鉴定）结业考试（考核）成绩： 带教老师签名：  |
| **科室意见** |  科室主任签名： |
| **医院鉴定** | 盖章 年 月 日 |

后附：1、身份证复印件；2、学历学位复印件；3、执业医师资格证、执业证复印件；4、职称证复印件。

备注**：** 申请材料请签字、盖章后将电子扫描件(pdf版，含佐证材料)发至邮箱：kj68019@126.com, 联系电话：020-89169030。