

# 卫生技术人员进修 申请表

进修科目\_\_\_\_\_

姓 名\_\_\_\_\_

选送单位\_\_\_\_\_

通讯地址\_\_\_\_\_

邮政编码\_\_\_\_\_

盐城市第一人民医院

填表日期 年 月 日

姓 名		性 别		年 龄		照 片
婚 否		籍 贯		文化程度		
是否党员 团员		健康状况		参加工作 时间		
从事专业		技术职称		行政职务		
进修科目		进修年限		联系电话		
何年何月毕业何院校						
主 要 学 历	起 止 年 月		学 校 名 称 及 专 业		毕 业 或 结 业	
主 要 经 历	起 止 年 月		工 作 单 位 及 专 业		职 务	
外 语 及 技 术 水 平						

进 与 修 要 目 求 的	
选 送 单 见 位	<p style="text-align: right;">( 盖章 )                      年        月        日</p>
上 门 级 审 行 核 政 意 部 见	<p style="text-align: right;">( 盖章 )                      年        月        日</p>
接 受 单 见 位	<p style="text-align: right;">( 盖章 )                      年        月        日</p>
备 注	进修时间            年        月        日报到至            年        月        日离院

# 结业考核和鉴定意见

成绩考核	<p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
个人鉴定	<p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
科室鉴定	<p style="text-align: right;">(签字)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
组织鉴定	<p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

进修结束，接受单位将此表转选送单位，存入卫技人员业务技术档案。