|  |
| --- |
| **中国医学科学院皮肤病医院** |
| **医药卫生人员进修申请表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 是否结婚 |  |
|
| 政治面貌 |  | 职 称 |  | 任现职时间 |  | 文化程度 |  |
|
| 进修科目 |  | 进修时限（X个月） |  |
|
| 所在单位通讯地址及邮编 |  | 联系电话 |  | Email |  |
|
| QQ |  |
| 对进修专业的要求 |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 学习经历和工作经历 |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 政治表现 |  |
|
|
|
|
|
|
|
| 业务能力 |  |
|
|
|
|
|
| 外语水平与电子病历使用能力 |  |
| 所在单位意见 |  (盖章) 年 月 日 |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 接收单位意见 |  (盖章) 年 月 日 |
|
|
|
|
| 备 注 |  |
|
|
|
| 所需材料：执业医师证书复印件1份、注册证书复印件1份、最高学历证书复印件1份、进修申请表1份 |
| 邮寄地址：南京市玄武区蒋王庙街12号科教处,邮编210042，电话025-85478028 |