附件：

**柳州市妇幼保健院**

**进 修 申 请 表**

进修科别

姓 名

选送单位

单位性质 口公立医院 口私立医院

单位地址

手机号码

填表时间 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  | 职 称 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | | 身份证号 |  | |
| 单位负责进修管理的办公室电话（必填） |  | | | 执业地点 | |  | | |
| 传真电话 |  | | | 从事专业 | |  | | |
| 医、技、护  资格证号 |  | | | | 医、技、护  执业证号 | |  | |
| 本人或者科室邮箱 |  | | | | 文化程度 | |  | |
| 何 时 何  校 毕 业 |  | | | | 进修科目 | |  | |
| 工 作  简 历 |  | | | | | | | |
| 业 务  水 平 |  | | | | | | | |
| 进 修  目 的  及 时  间 | 进修目的：  进修时间：①一年 ②半年 ③三个月 ④其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 医 德  医 风  情 况  意 见 | 负责人签字： | | | | | | | |
| 选 送  单 位  意 见 | 选送单位（签章） | | | | | | | |
| 接 收  单 位  意 见 | 接收单位（签章） | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 进修自我鉴定：  签 名：    年 月 日 |
| 科室鉴定：  签 名：    年 月 日 |
| 医院鉴定：  （单位盖章）  年 月 日 |

地址： 柳州市城中区映山街50号 邮政编码：545001

科教科联系人:唐老师 联系电话:0772-2804266/2205450 Email:lzsfyjx@163.com

护理部联系人:陈老师 联系电话:0772-2811759 Email: 1772470719@qq.com