附件1：

**南京中医药大学附属盐城中医院**

**盐城市中医院**

**进修申请表**

姓 名

选送单位

进修专业

进修时长

填表时间

地址：盐城市亭湖区人民北路53号　　邮编：224001

电话：0515-88166322（科教科）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | | |  | 出生年月 |  | 小一寸  照片 |
| 民 族 | |  | 籍 贯 | | |  | 婚姻状况 |  |
| 学 历 | |  | 学 位 | | |  | 技术职称 |  |
| 参加工作年月 | |  | 工作科室 | | |  | 现任职务 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | 是否在职职工 |  |
| 单位地址 | |  | | | | | | 邮政编码 |  |
| 单位主管部门负责人 | |  | | | | | | 联系电话 |  |
| 执 业 证 书 编 号 | | | |  | | | | | |
| 资 格 证 书 编 号 | | | |  | | | | | |
| 进修时间 | | 年 月 日至 年 月 日 共计： 个月 | | | | | | | |
| 教  育  背  景 | 起止年月 | | | | 学 校（从大学开始填起） | | | | 学历/学位 |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 工  作  简  历 | 起止年月 | | | | 工作单位及部门 | | | | 职务/职称 |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 进修意向 | 进修起止时间 | | | | 进修目的 | | | | 进修专业 |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 选  送  单  位  意  见 | 1. 对进修生政治思想及业务能力的鉴定： 2. 对进修的意见：   单位负责人签字：  单位签章：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 公共卫生科 | 是否为我院医联体成员单位：🞎是 🞎不是    科室负责人：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 科教科意见 | 🞎同意 🞎不同意  （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 分管领导  意见 | 🞎同意 🞎不同意      分管领导：  年 月 日 | | | | | | | | |

**注：此表送达我院时需随表附上身份证复印件、学历/学位证书、执业证书、资格证书、职称证书及单位介绍信及进修承诺书。**