**山东第一医科大学附属颈肩腰腿痛医院**

**进修申请表**

姓名

所在单位名称

申请进修类别 □临床 □护理 □医技

邮政编码

单位电话

申请时间 年 月 日

进修申请报到流程

1．填写《外来医务人员进修申请表》，发至医务科邮箱jjyttywk@163.com，联系电话0531-82595716。

2．经我院审核通过后，向进修医师（或单位）出具进修通知书。

3．由进修医师携带单位出具的进修推荐信、盖章后的《进修申请表》以及本人医师资格证、执业证复印件1份，按规定时间到我院医务科报到，办理进修手续。

（注：进修人员在接到进修通知书后，请在规定时间内来院报到，如因个人原因不能按时报到，应事先请假，请假时间超过一周，视为放弃进修）。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | | | **一寸彩照** | |
| **民族** |  | **政治**  **面貌** |  | **籍贯** |  | | |
| **毕业院校** | |  | | **最高学历** |  | | **专业** | |  |
| **工作科室** | |  | | **现任职务** |  | | **职称** | |  |
| **电子邮箱** | |  | | **联系电话** |  | | | | |
| **执业证书编号** | |  | | |  | | | | |
| **学习经历** | | **时间** | **院校** | | | **专业及学历** | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
| **目前工作情况及业务能力** | |  | | | | | | | |
| **拟进修专业** | |  | | | | | | | |
| **拟进修时间** | | **年 月 日 至 年 月 日** | | | | | | | |
| **进修目标**  **拟掌握技术** | |  | | | | | | | |
| **所在科室意见** | | **科主任签字： 年 月 日** | | | | | | | |
| **所在单位意见** | | **签字（公章）： 年 月 日** | | | | | | | |
| **接收单位**  **医务科审批** | | **签字（公章）： 年 月 日** | | | | | | | |