

# 医药卫生人员进修申请表

姓 名 \_\_\_\_\_

进修专业 \_\_\_\_\_

选送单位 \_\_\_\_\_

填表日期 \_\_\_\_\_

黑 龙 江 省 医 院

姓名		性别		年龄		民族	
学历		学位		健康状况		职称、职务	
工作单位					单位电话		
单位所在地		邮编		参加工作时间			
进修时间				起止时间			
申请进修专业				本人电话			
执业证书编号				执业范围			
主要 学历	起 止 时 间			学 校 名 称			
主要 工作 经验	起 止 时 间			单 位 名 称			

<p>本及 人对 现本 有次 业培 务训 水要 平求</p>	
<p>培地 训址 期及 间联 在系 哈方 住式 宿</p>	
<p>选 送 单 位 意 见</p>	
<p>接 收 单 位 意 见</p>	
<p>备 注</p>	

地址：黑龙江省医院科教部      哈尔滨市香坊区中山路 82 号  
邮编：150036                      电话：0451-88025511