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 | | 良好 | 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 | | | | |
|  | | | | |  | | | | |

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

地址： 黑龙江省医院科教部

邮编： 150036

哈尔滨市香坊区中山路 82 号

电话： 0451-88025511