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