附件1：

**南京中医药大学盐城附属医院**

**盐城市中医院**

**进修申请、鉴定表**

姓 名

选送单位

进修专业

进修期限

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 | |  | | | | | | 单位电话 |  |
| 单位地址 | |  | | | | | | 邮政编码 |  |
| E-mail地址 | |  | | | | | | 联系手机 |  |
| 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 | | | | | | | |
| 进修意向 | 进修起止时间 | | | | 进修目的和要求 | | | | 进修科室 |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 教  育  背  景 | 起止年月 | | | | 学校或进修培训单位 | | | | 学历、学位 |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 工  作  简  历 | 起止年月 | | | | 工作单位及部门 | | | | 职 务 |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 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：   （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 接收进修科室意见 | 同意/不同意 到我科 专业进修  时间： 年 月 日至 年 月 日，共计： 个月  科室主任签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 科教科意见 | 同意/不同意  报到时间： 年 月 日  （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | |

**注：此表送达我院时需随表附上执业资格证书、注册证书、学历/学位、技术职称证书、身份证复印件。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 理论成绩 | 操作成绩 | 考核人 | 考核时间 |
| 入科考核 | |  |  |  |  |
| 结业考核 | |  |  |  |  |
| 进修  结业自我鉴定 | 进修人员签字：  年 月 日 | | | | |
| 进修科室意见 | 科室主任签字：  年 月 日 | | | | |
| 科教科意见 | （签 章）  年 月 日 | | | | |