附件1：

**南京中医药大学附属盐城中医院**

**盐城市中医院**

**进修申请表**

 姓 名

 选送单位

 进修专业

 进修时长

 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 |  | 是否在职职工 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位主管部门负责人 |  | 联系电话 |  |
|  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  |
| 教育背景 | 起止年月 | 学 校（从大学开始填起） | 学历/学位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 工作简历 | 起止年月 | 工作单位及部门 | 职务/职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 进修意向 | 进修起止时间 | 进修目的 | 进修专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  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：

 单位负责人签字： 单位签章： 年 月 日 |
| 公共卫生科 | 是否为我院医联体成员单位：🞎是 🞎不是 科室负责人： 年 月 日 |
| 科教科意见 | 🞎同意 🞎不同意（签 章） 年 月 日 |
| 分管领导意见 | 🞎同意 🞎不同意  分管领导： 年 月 日 |

**注：此表送达我院时需随表附上身份证复印件、学历/学位证书、执业证书、资格证书、职称证书及单位介绍信及进修承诺书。**