**进修申请表**

进修科目:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请进修起止时间：

姓 名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

选送单位: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

选送单位性质：□医联体

□帮扶单位

□其它

详细通信地址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

邮政编码: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

个人电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电子邮箱: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

中山市中医院

Tel：0760-89980307 邮编：528401

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | | 年龄 |  | | | 籍贯 | 省 县（市） |
| 政治面目 |  | | 民族 |  | | 健康状况 |  | | | 职务 |  | 技术职称 |  |
| 何时参加工作 |  | | | | | 文化程度 |  | | | | | 毕业时间 |  |
| **学历及工作经历** | |  | | | | | | | | | | | |
| **政治思想和工作表现** | |  | | | | | | | | | | | |
| **目前业务能力** | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **进修科目、时间和目的** |  |
| **选送单位意见** | **我单位相关负责人已阅读中山市中医院进修人员管理规定，并确认已审查选派进修人员的执业资格、政治表现和业务能力，同意该人员到中山市中医院 科进修 月。如所派人员在进修期间出现不履行中山市中医院规章制度行为，我院愿承担相关责任。**  **负责人签名： 单位盖章：**  **年 月 日** |
| **进修生声明** | **本人愿意在进修期间遵守中山市中医院进修人员管理规定，并愿意承担因不履行中山市中医院相关规章制度所造成的责任和后果。**  **申请人：**  **年 月 日** |
| **接受单位意见** | **年 月 日** |

**进修结业鉴定和考核**（以下项目进修结束填写）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **进修科室**  **专业组** | **日期** | **教学活动内容** | **授课老师** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

进修生签字：

日期：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **自 我 鉴 定** | **年 月 日** | |
| **科 室 鉴 定** | 时 间 | 年 月 日—— 年 月 日 |
| 考 勤 | 全勤 病假 事假 提前结束 |
| （医德、技能和医疗文件等方面评价）  **综合考核结果： 优 良 中 差**  **科主任（或带教秘书）签名： 年 月 日** | |
| **医 院 鉴 定** | **盖章 年 月 日** | |