厦门医学院附属第二医院

卫生技术人员进修申请表

进修科目

姓 名

选送单位

年 月 日

（2025年版）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 身份证号 |  | | | |
| 最高学历 | |  | 执业范围 |  | | 所在科室 |  | 政治面貌 | |  |
| 申请进修专业 | |  | 现职称 |  | | 联系电话 |  | | | |
| 选送单位名称地址 | |  | | | | | | | | |
| 进修时间 | | 年 月 日起至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 主 要 经 历 | 起 止 年 月 | | | | 学 校 名 称 | | | | 专 业 | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
| 主 要 经 历 | 起 止 年 月 | | | | 工 作 单 位 名 称 | | | | 职 务 | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 现  有  业  务  能  力 |  |
| 外  语  水  平 |  |
| 进  修  专  业  及  要  求 |  |
| 选  送  单  位  意  见 | （盖章） 年 月 日 |
| 接  受  单  位  意  见 | （盖章） 年 月 日 |
| 个  人  鉴  定 | 签名：  年 月 日 |
| 科  室  鉴  定 | 科主任/带教老师签名：  年 月 日 |
| 管  理  部  门  鉴  定 | （盖章） 年 月 日 |
| 备  注 |  |

（本表格一式双份，正反双面打印，请勿改变格式）