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）