**福建省肿瘤医院进修申请表**

进修科别

姓 名

单位名称

单位地址

邮政编码

联系手机

填表时间 年 月 日

（进修申请表空格必须全部填写清楚，内容真实可信，作为我院录取基本条件）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | |  | 性别 | |  | 年龄 |  | 籍 贯 | 省 县（市） | | | |
| 文　化  程　度 | |  | 民族 | |  | 所在科室 | |  | 何时参加  医疗工作 | | 年 | |
| 职　称 | |  | 职务 | |  | 是否我院  医联体单位 | |  | 政治  面貌 |  | 健康  状况 |  |
| 单　位  级　别 | | □省　级　　□地市级　　　□县市级　　□中医院　　□医学院校  □卫生院　　□卫生学校　　□部队　　　□企业　　　□其他 | | | | | | | | | | |
| 是否需要住宿（进修1年及以上提供） | | | | 是（ ） 否（ ） | | | | | | | | |
| 执  业  医  师  资  格 | 有（ ）  无（ ） | | | | | | 发证日期： 年 月 日  注册时间： 年 月 日 | | | | | |
| 医师资格证书编号：  （必须填写） | | | | | | | | | | | |
| 医师执业证书编号：  （必须填写） | | | | | | | | | | | |
| 本  人  学  历  及  工  作  经  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 目  前  业  务  能  力  及  外  语  水  平 | 进修生所在科室负责人签名： | | | | | | | | | | | |

\*选送单位对填表所有内容保证其真实性

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 进  修  生  政  治  思  想  表  现 |  | | |
| 进  修  目  的  要  求 |  | | |
| 进  修  专  业 |  | 进  修  时  间 | 申请 年 月 日报到  进修 共 月 |
| 选  送  单  位  意  见 | 选送单位盖章 | | |
| 接  受  单  位  审  查  意  见 |  | | |