**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 |  |