**临沧市人民医院**

**进修人员申请表**

**进 修 专 业**

**进 修 期 限**

**姓　 名**

**选 送 单 位**

**(进修表空格全部填写清楚，内容必须真实)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **照 片** |
| **政治面貌** |  | **从事专业** |  | **婚 姻** |  |
| **最高学历** |  | **民 族** |  |
| **职 称** |  | **邮箱****（非常重要）** |  |
| **申请进修科室及时间** |  |
| **何时获得资格证书（随此表附上）** |  |
| **现在工作单位及地址** |  |
| **联系电话****（非常重要）** |  | **身份证号码** |  |
| **主 要 学 习 经 历** |  |
| **工 作 简 历** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **本人专业水平及进修目的或要求** |  **申 请 者 签 名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **选 送 单 位 意 见** |  **主管部门负责人签字（必需）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **主管部门：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （单位盖章）** **日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日** |
|  **接 收 单 位 审 核 意 见** |   **（盖章）****日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **进****修****科****室****一** | **成绩考核** | **项目：****得分：** | **进****修****科****室****二** | **成绩考核** | **项目：****得分：** |
| **评价** | **医德** | **□优 □良 □合格 □不合格** | **评价** | **医德** | **□优 □良 □合格 □不合格** |
| **业务** | **□优 □良 □合格 □不合格** | **业务** | **□优 □良 □合格 □不合格** |
| **总评价** | **□优 □良 □合格 □不合格** | **总评价** | **□优 □良 □合格 □不合格** |
| **指导医师签名： 年 月 日**  | **指导医师签名： 年 月 日** |
| **个人鉴定：** | **个人鉴定：** |
| **进修时间** | **年 月 日至 年 月 日** | **进修时间** | **年 月 日至 年 月 日** |
| **进修考勤** | **全勤□；病假 天；事假 天；旷工 天** | **进修考勤** | **全勤□；病假 天；事假 天；旷工 天** |
| **科室鉴定：** **科主任/护士长（签字）：****科室盖章** | **科室鉴定：****科主任/护士长（签字）：****科室盖章** |
| **医院鉴定** | **签字（盖章）： 年 月 日** |

**报到时请提交身份证、毕业证、职称证、资格证复印（护理人员一式二份，其余专业人员一式一份）**