柘城县人民医院进修生申请表

填表时间： 年 月 日 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 照  片 |
| 工作单位 | |  | | | | | 职称 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | 政治面貌 | |  | |
| 最高学历 | |  | | | | 电子邮箱 |  | | | |
| 工作年限 | | 年 | | | | 手机号码 |  | | | |
| 进修时间 | | 个月 | | | | 进修科室 |  | | | | |
| 技师资格证  （技师填写） | | 证书编码 | | | |  | | | | | |
| 发证日期 | | | |  | | | | | |
| 执业证书  （医师填写） | | 证书编码 | | | |  | | | | | |
| 执业范围 | | | |  | | | | | |
| 主要执业地点 | | | |  | | | | | |
| 发证日期 | | | |  | | | | | |
| 个 人 简 历 | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | | 主要学习和工作经历 | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| 医务科（科教科）负责人 | | | |  | | | | 医务科（科教科）电话 | |  | |
| 选送单位意见 | | | | 盖章 年 月 日 | | | | | | | |

2017.07

填写说明

1、报名表必须严格按照此说明填写，未按照要求填写的一律无效。除注明无需个人填写的信息外，所有信息必须完整填写。

2、编号由工作人员填写，个人无需填写。

3、需贴1寸近期证件照。

4、进修科室填写我院科室名称，非进修专业名称。

5、进修时间填写具体数字。

6、技师资格证书信息由技师填写；执业证书由医师填写。

7、本单位医务科（科教科）负责人及联系电话必须据实填写。