附件

**医务人员进修申请表**

**进修学科**

**进修期限**

**进修生姓名**

**进修生电话**

**进修生邮箱**

**进修生原工作单位**

**填表日期**

**河北医科大学口腔医院**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 文化程度 |  |
| 职称 |  | 英语等级 |  | 健康状况 |  |
| 通讯地址 |  | | | | 邮编 |  | |
| 医师资格证书编码 |  | | | | 微信号 |  | |
| 个  人  简  历  从  高  中  开  始  填 | **何时**在**何学校/何单位**任**何职** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 现从事专业及业务熟悉程度 |  | | | | | | |
| 本人拟进修何种专业及时间有何要求 |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 选送单位  意见  （盖章） |  |
| 进  修  期  满  个  人  鉴  定 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 科  室  鉴  定 |  |
| 医  院  意  见 |  |
| 备  注 |  |