**进修申请登记表**

申请单号： 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 选派单位 |  | | 接收单位 | 北京同仁医院 | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | |
| 民族 |  | 学历 |  | 政治面貌 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 职称 |  | 医师资格证书编码 |  | | | |
| 个人电话 |  | 执业医师证书编码 |  | | | |
| 工作单位 |  | 医院级别 |  | 科室电话 | |  |
| 进修专业 |  | 进修时长 |  | 预期时间 | |  |
| 本人简历 |  | | | | | |
| 学习要求 |  | | | | | |
| 政治表现和业务年限及目前水平 |  | | | | | |
| 选派单位意见  加盖单位公章 |  | | | | | |
| 接收单位科室讨论意见 |  | | | | | |
| 接收单位审批意见 |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |