**西安医学院第二附属医院**

**进修人员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 一寸免冠照  |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | 职 称 |  |
| 最高学历 |  | 拟进修科室 |  | 进修期限（起止日期） |  |
| 执业范围 |  | 毕业院校 |  | 单位名称 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  | 邮箱地址 |  |
| 本人教育及工作经历 |  |
| 专业技术 水平（目前能够开展的技术或业务） |  |
| 进修计划及目标 |  |
| 选送单位意见（个人申请进修，此项可不签） |  签字（盖章） 年 月 日 | 接收单位意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |