附件2

铜仁市中医医院进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 民族 |  | 健康  状况 |  |
| 单位 |  | | | | 技术  职称 |  | 职务 |  | 从事  专业 |  |
| 何时何地何校毕业及专业 | | | |  | | | | | 文化程度 |  |
| 医师.药师.技师资格证书编号 | | | |  | | | | | 签发日期 |  |
| 医师.药师.技师执业证书编号 | | | |  | | | | | 签发日期 |  |
| 主  要  工  作  经  历 |  | | | | | | | | | |
| 进 修 科 目 | |  | | | | | 进修期限 | |  | |
| 对进修的要求 | |  | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | 年 月 日（印章） | | | | | | | | |
| 接收单位意见 | | 年 月 日（印章） | | | | | | | | |
| 选送单位医务科  或院办公室电话 | |  | | | | 申请人联系电话 | |  | | |

**注：**

1、进修医师、药师、技师应提供：身份证、资格证、执业证等相关证件复印件并扫描发送到指定邮箱，一寸证件照3张；进修申请表需盖公章报到时并交到进修单位。

2、联系地址：铜仁市碧江区八里岗路175号，邮编：554300

联 系 人：金老师 联系电话：0856-5220856 18286620404

邮 箱：trszyykjk@163.com