



皖南医学院第二附属医院

THE SECOND AFFILIATED HOSPITAL OF WANNAN MEDICAL COLLEGE

医务人员进修申请表

姓 名： _____

工作单位： _____

单位地址： _____

进修科别： _____

进修时间： _____

联系电话： _____

电子邮箱： _____

填表日期： 年 月 日

皖南医学院第二附属医院
教育处制

情况说明

一、报名须知

- 1、进修人员须是从事临床、医技、护理专业技术人员；
- 2、进修人员原则上须具备医学院校学习经历；
- 3、进修人员要求三年及以上工作经验；
- 4、进修人员执业注册地点须与选送单位一致；
- 5、进修时间要求六个月及以上；
- 6、进修人员须认真填写《进修申请表》，所在单位同意并盖章。

二、基本要求

- 1、遵守医院各项规章制度；
- 2、服从进修科室统一管理；
- 3、认真完成进修学习任务，按规定完成进修总结。

三、医院地址

安徽省芜湖市康复路 10 号，邮编 241000

四、咨询电话

教育处 0553-2871911

姓名		性别		出生年月		照片
职称		学历		学位		
政治面貌		民族		健康状况		
籍贯		外语类别及熟练程度				
毕业学校及专业				参加工作时间		
所在科室				单位电话		
医师/护士/医技 相关资格证书编号				医师/护士/医技 相关执业证书编号		
单位级别		省级 <input type="checkbox"/> 地市级 <input type="checkbox"/> 县级 <input type="checkbox"/> 中医院 <input type="checkbox"/> 民营医院 <input type="checkbox"/>		医院等级	三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 部队 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	
个人简历	起止时间	学习经历及工作经历（高等院校教育开始）				
个人政治思想表现		<p style="text-align: right;">本人签名： 年 月 日</p>				

个人专业 小结	本人签名： 年 月 日
进修目的 及要求	本人签名： 年 月 日
选送科室 意见	科主任签名： 年 月 日
选送单位 意见	负责人签字（盖章）： 年 月 日
接收科室 意见	负责人签字（盖章）： 年 月 日
接收单位 意见	负责人签字（盖章）： 年 月 日