附表1

**医 药 卫 生 人 员**

**进修申请表**

**姓 名**

**进修专业**

**进修时间** \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

**选送单位**

**通讯地址**

**邮政编码**

**联系电话**

二O 年 月 日 填写

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 |  | 年龄 |  | | 粘贴照片 | |
| 政治  面目 | | |  | | 民族 |  | 行政  职务 |  | |
| 何时何校毕业 | | |  | | | | 所学  专业 |  | |
| 参加工作时间 | | |  | | | | 从事本专业  工作年限 |  | | | |
| 工作部门及技术职称 | | | |  | | | | | 健康  状况 | |  |
| 主要学历及经历（注明专业及职称） |  | | | | | | | | | | |
| 外语水平 | 文字 | | | | | | | | | | |
| 目前业务能力及水平 | |  | | | | | | | | | | |
| 进修目的及具体要求 | |  | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 接收部门意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 接收学院意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 管理部门意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | |