**北京老年医院**

进 修 申 请 表

进修科目

姓 名

选送单位

填表日期

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照 片 |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 民族 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 单位所在省份 |  | 拟定何时来院进修 |  |
| 参加工作时间 |  | 从事专业 |   | 从事专业年限 |  | 进修期限 |  |
| 工作单位 |  | 邮政编码 |  | 医院级别 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 医师执业证书编号 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 主要学历 | 起 止 年 月 | 学 校 名 称、专 业 |
|  |  |
| 主要经历 | 起 止 年 月 | 工 作 单 位、职 务 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 思 想表 现 |  |
| 专 业水 平 |  |
| 外 语水 平 |  |
| 计算机水 平 |  |
| 拟进修内 容 |  |
| 选 送单 位意 见 |  （盖 章） 年 月 日 |
| 备 注  |