附件：

**川北医学院临床学院.附属医院**

**进 修 申 请 表**

进修科目

进修期限

姓 名

选送单位

申请时间

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 籍 贯 |  |
| 执业类别 |  | 文化程度 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 参加工作时间 | |  | | 职 称 | |  | |
| 工 作 单 位 | |  | | 邮政编码 |  | 电话 |  |
| 主要简历 | 起止年月 | | 毕业学校及工作单位 | | | 职 务 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 本人政治  表现 |  | | | | | | |
| 本  人  现  专  业  水  平 |  | | | | | | |
| 进  修  目  的  及  要  求 |  | | | | | | |
| 选  送  单  位  意  见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 接  受  单  位  意  见 | 年 月 日 | | | | | | |