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 |