

# 惠州市第六人民医院 进修申请表

Application For Continuing Medical Education in

The Sixth People's Hospital Of Huizhou



惠州市第六人民医院

姓 名 \_\_\_\_\_

联系电话 \_\_\_\_\_

单位名称 \_\_\_\_\_

申请科室 \_\_\_\_\_

填表时间 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

二〇一九年八月（第一版）

姓名		性别		年龄		籍贯	省 县(市)	
文化程度		民族		所在科室			参加工作时间	
职称		职务			政治面貌			健康状况
医师(护士)资格证书编号					医师(护士)执业证书编号			
进修目的和要求						进修时间	<input type="checkbox"/> 3个月 <input type="checkbox"/> 6个月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 其他:_____	
本人学习及工作经历								
业务水平及思想表现	<p style="text-align: right;">单位主管部门:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>							
选送单位意见	盖章 年 月 日				接收单位意见	签名: 年 月 日		