



0883-2136817

临沧市人民医院

科教科电话：

临沧市人民医院

进修人员申请表

进 修 专 业_____

进 修 期 限_____

姓 名 _____

选 送 单 位_____

(进修表空格全部填写清楚，内容必须真实)



临沧市人民医院

科教科电话：

0883-2136817

姓 名		性 别		出生年月		照 片
政治面貌		从事专业		婚 姻		
最高学历				民 族		
职 称			邮 箱 (非常重要)			
申请进修科室及时间						
何时获得资格证书（随此表附上）						
现在工作单位及地址						
联系电话 (非常重要)			身份证号码			
主要学习经历						
工作简历						



临沧市人民医院

科教科电话：

0883-2136817

本人专业水平及进修目的或要求	<p style="text-align: center;">申请者签名_____</p>
选送单位意见	<p>主管部门负责人签字（必需）：_____</p> <p>主管部门：_____</p> <p style="text-align: right;">（单位盖章）</p> <p style="text-align: right;">日期：_____年___月___日</p>
接收单位审核意见	<p style="text-align: center;">（盖章）_____年___月___日</p>



临沧市人民医院

科教科电话:

0883-2136817

进 修 科 室 一	成绩考核	项目: 得分:		进 修 科 室 二	成绩考核	项目: 得分:	
	评价	医德	<input type="checkbox"/> 优 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格		评价	医德	<input type="checkbox"/> 优 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
		业务	<input type="checkbox"/> 优 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格			业务	<input type="checkbox"/> 优 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
		总评价	<input type="checkbox"/> 优 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格			总评价	<input type="checkbox"/> 优 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
	指导医师签名: _____ 年 月 日				指导医师签名: _____ 年 月 日		
	个人鉴定:				个人鉴定:		
	进修时间	_____ 年 月 日至 _____ 年 月 日			进修时间	_____ 年 月 日至 _____ 年 月 日	
	进修考勤	全勤 <input type="checkbox"/> ; 病假__天; 事假__天; 旷工__天			进修考勤	全勤 <input type="checkbox"/> ; 病假__天; 事假__天; 旷工__天	
	科室鉴定:				科室鉴定:		
	科主任/护士长(签字): 科室盖章				科主任/护士长(签字): 科室盖章		
医院鉴定	签字(盖章): _____ 年 月 日						

报到时请提交身份证、毕业证、职称证、资格证复印(护理人员一式二份, 其余专业人员一式一份)