|  |
| --- |
| **医 药 卫 生 人 员 进 修****申 请 表****进修科目：** **姓 名：** **进修期限：** **选送单位：** **河北北方学院附属第一医院** **年 月 日** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  | 健康情况 |  | 籍 贯  |  |
| 联系方式 |  | 职 称 |  |
| 主要学历 | 起 止 年 月 | 学 校 名 称 |
|  |  |
| 主要经历 | 起 止 年 月 | 工作单位名称 | 职 称 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人专业水平 |  |
| 选送单位意见 | (盖章） 年 月 日 |
| 接收单位意见 | (盖章） 年 月 日 |
| **考 核 和 鉴 定** |

|  |  |
| --- | --- |
| 个人鉴定 |  签 字:年 月 日 |
| 科室鉴定 |  签 字:年 月 日 |
| 组织鉴定 | 盖 章:年 月 日 |