|  |
| --- |
| **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 |