**卫生专业技术人员**

**进修申请表**

**进修专业：**

**姓 名：**

**派遣单位：**

**联系电话：**

**新疆医科大学第二附属医院**

**二O 年 月 日填表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | | **照**  **片** | |
| **出生年月** |  | **族别** |  | |
| **籍贯** |  | **政治面貌** |  | |
| **学历** |  | **健康状况** |  | |
| **职称** |  | **职务** |  | | | |
| **参加工**  **作时间** |  | **现从事专业** |  | **从事本专业时间** | |  |
| **进修专业** |  | **进修期限** |  | | | |
| **学**  **习**  **经**  **历** | **起 止 年 月** | **学 校 名 称** | | **学 历** | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| **主**  **要**  **工**  **作**  **经**  **历** | **起 止 年 月** | **单 位 名 称** | | **职 务** | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **本人目前**  **业务水平** |  |
| **中文水平** |  |
| **进修目的要求** |  |
| **选**  **送**  **单**  **位**  **承**  **诺**  **及**  **意**  **见** | 我院作出如下承诺：我院派出的进修培训人员在身体、心理素质、医德医风、个人品行等方面均表现优异，无不良记录。隶属关系仍属于我单位管理，我院将在进修培训期间密切关注掌握派出人员日常动态、考勤及反馈情况，加强对派出人员意识形态领域的持续性安全教育，配合贵院完成对派出人员的监管工作。若学员在培训期间出现任何问题由其本人及本单位承担。  **审核人签字： 年 月 日**  **（单位盖章）** |
| **接**  **收**  **单**  **位**  **意**  **见** | **（盖章） 年 月 日** |

|  |  |
| --- | --- |
| **本人目前**  **业务水平** |  |
| **中文水平** |  |
| **进修目的** |  |
| **选**  **送**  **单**  **位**  **承**  **诺**  **及**  **意**  **见** | 我院作出如下承诺：我院派出的进修培训人员在身体、心理素质、医德医风、个人品行等方面均表现优异，无不良记录。隶属关系仍属于我单位管理，我院将在进修培训期间密切关注掌握派出人员日常动态、考勤及反馈情况，加强对派出人员意识形态领域的持续性安全教育，配合贵院完成对派出人员的监管工作。若学员在培训期间出现任何问题由其本人及本单位承担。  **审核人签字： 年 月 日**  **（单位盖章）** |
| **接**  **收**  **单**  **位**  **意**  **见** | **（盖章） 年 月 日** |

备注：需要提供资格证、执业证、毕业证、学位证及身份证复印件各一份。