

# 医药卫生技术人员进修申请表

姓 名：\_\_\_\_\_

进修科目：\_\_\_\_\_

进修期限：\_\_\_\_\_

选送单位：\_\_\_\_\_

邮政编码：\_\_\_\_\_

联系地址：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

天津市中心妇产科医院 印

年 月 日 填写

姓名		性别		年龄		
名族		政治面目		健康状况		
专业			职称			
何时何校毕业				所学专业		
参加工作时间				从事专业年限		
主要学习、工作经历	(请注明起止时间、部门、专业、职称)					
目前业务能力						

<p>进修目的及具体要求</p>	<p>注明：（住宿请自行解决）</p>
<p>选送单位意见</p>	<p>（请申请申请书填写内容是否属实，并对申请者做出推荐意见。）</p> <p>盖章                      年    月    日</p>
<p>上级主管部门意见</p>	<p>盖章                      年    月    日</p>
<p>接受单位意见</p>	<p>盖章                      年    月    日</p>

