

医师/医技人员进修

申 请 表

**进** **修** **科** **室\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**姓** **名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**联** **系** **电** **话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选** **送** **单** **位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选送单位医院级别\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填表日期：** **年** **月** **日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 最高学历 |  | 从事专业 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  | 参加工作时间 |  |
| 进修期限 | □3 月 □6 月 □1年 □其他  | 进修专业 |  |
| 申请进修时间 | 年 月 日 —— 年 月 日 |
| 单位名称 |  | 工作单位电话 |  |
| 单位地址 |  | 纳税人识别号 |  |
| 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 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 进本修人求与专 目业 标水 或平 要 | 申 请 者 签 名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 意 见送 单选位 | （盖章）\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_ 日 |
| 意 见收 单接位 | （盖章）\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_ 日 |

|  |
| --- |
| **进** **修** **结** **业** **评** **定** |
| 自 我 鉴 定 | 签名：年 月 日 |
| 结 业 成 绩 | 科室一 | 科室二 |
| 理论成绩：技能成绩：考核评语：带教签名：年 月 日 | 理论成绩：技能成绩：考核评语：带教签名：年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 科 室 一 鉴 定 | 科室负责人年 月 日 |
| 科 室 二 鉴 定 | 科室负责人年 月 日 |
| 职 能 部 门 鉴 定 | 科室负责人 年 月 日 |
| 备 注 | 一、进修费用 1000 元/月（ECMO 培训班 2000 元/月），报到当天到财务部缴费。二、报到时请携带以下材料：1、医师/医技人员进修申请表2、医师资格证、执业医师证、资格职称证、学历、学位证复印件3、身份证复印件4、单位介绍信或上级行政部门公函5、医联体协助单位委培人员需提供两院医联体合作协议复印件6、如进修内容含有放射工作，还需提交放射工作人员证、辐射安全与防护培训合格 证及外照射个人受照射剂量计注： 以上材料均需加盖单位公章，原件审核后退回 |

填表说明：

请申请者如实填写表格并加盖单位公章后，将表格扫描件通过邮箱发送至厦 门大学附属心血管病医院科教部邮箱：2940251107@qq.com。

厦门大学附属心血管病医院 科教部

联系电话：0592-2993282