厦门大学附属心血管病医院
XIAMEN CARDIOVASCULAR HOSPITAL XIAMEN UNIVERSITY
厦门市心脏中心

# 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 |
| | | | |

| | |
|---|---|
| 本人专业水平与进修目标或要求 | 申 请 者 签 名_____ |
| 选送单位意见 | （盖章）_____年____月____日 |
| 接收单位意见 | （盖章）_____年____月____日 |

# 进 修 结 业 评 定

<table>
<tr><td>自<br>我<br>鉴<br>定</td><td colspan="2">签名：<br>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">结<br>业<br>成<br>绩</td><td>科室一</td><td>科室二</td></tr>
<tr><td>理论成绩：<br>技能成绩：<br>考核评语：<br><br>带教签名：<br>年　　月　　日</td><td>理论成绩：<br>技能成绩：<br>考核评语：<br><br>带教签名：<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 科室一鉴定 | 科室负责人<br>年　　月　　日 |
| 科室二鉴定 | 科室负责人<br>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。<br>二、报到时请携带以下材料：<br>1、医师/医技人员进修申请表<br>2、医师资格证、执业医师证、资格职称证、学历、学位证复印件<br>3、身份证复印件<br>4、单位介绍信或上级行政部门公函<br>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<br>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<br>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2940251107@qq.com。

厦门大学附属心血管病医院　科教部

联系电话：0592-2293282