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

本人进修专业水平与目标或要求	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
我
鉴
定</td><td colspan="2">签名：
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">结
业
成
绩</td><td>科室一</td><td>科室二</td></tr>
<tr><td>理论成绩：
技能成绩：
考核评语：

带教签名：
年　　月　　日</td><td>理论成绩：
技能成绩：
考核评语：

带教签名：
年　　月　　日</td></tr>
</table>

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