**附件1**

**贵州中医药大学第二附属医院**

**进修申请表**

**（医药技类）**

**姓 名**

**选送单位**

**进修专科**

**进修期限**

**联系方式**

**填表时间**

地址：贵阳市云岩区飞山街32号

电话：0851-85283706（医务科）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** |  | **文化程度** | |  | | 照片粘贴处 |
| **政治面貌** |  | | **民族** |  | **执业范围** | |  | |
| **技术职称** |  | | **年龄** |  | **现任职务** | |  | |
| **毕业院校** | |  | | | **参加工作时间** | | |  | |
| **进修科室** | |  | | | | **进修起止时间** | |  | |
| **单位联系电话及负责人** | | |  | | | | | | |
| **个人工作经历** |  | | | | | | | | |
| **目前业务水平** |  | | | | | | | | |
| **选送单位意见** | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | |
| **接收单位意见** | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | |

**资格证、执业证复印件粘贴处：（复印件需所在单位签章）**