附件1

贵州中医药大学第二附属医院

进修/跟师申请表

**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（550001）

电话：0851-85258692（继续教育科）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 文化程度 |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 邮政编码 |  |
| 毕业学校 |  | 职称/职务 |  | 从事专业 |  |
| 参加工作时间 |  |
| 所在工作单位详细地址及电话 |  |
| 本人联系电话及邮箱 |  |
| 主要学习工作经历 |  |
| 政治表现 |  |
| 专业水平 |  |
| 进修要求 | 进修时间：共 年或 个月即从 年 月 日至从 年 月 日。 |
| 拟进修 科室或门诊跟师 老师（门诊跟师学员请在下一栏找老师签署意见） |
| 老师意见 |    跟师老师签名： （门诊跟师） |
| 选送单位意见 |  盖 章 年 月 日 |
| 接收单位意见 | 盖 章 年 月 日 |