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 | | | | | | | |