附件 1

**内江市中医医院 临 床 进 修 申 请 表**

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 民族 |  | 1 寸照片 |
| 职 称 |  | 学 历 |  | 毕业学校 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 是 否 住 宿 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 选送单位 |  | 外语水平 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| 进修专业 |  | 进修时限 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 资格证码 |  | 执业范围 |  | 执业证码 |  |
| 政治表现 |  |
| 工作履历 |  |
| 进修目的 |  |
| 选送单位意见 | 选送单位盖章 法人签名： 年 月 日 |
| 我院审查意见 | 科室 | 审查人签名： 年 月 日 |
| 科教科 | 审查人签名： 年 月 日 |

备注：请详细填写，勿潦草，同时附单位介绍信、资格证、执业证、毕业证和身份证复印件。地址：内 江市中医医院健民楼科教科 邮政编码：**641000**

联系电话：**0832-6860015** 网 址：**[http://www.njszyy.com](http://www.njszyy.com/)**