**浙江医院医药卫生人员进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个  人  填  写 | 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 联系方式 | |  | | | 是 否党团员 |  | |
| 参加工作  时 间 | |  | | | | 职务或职称 |  | |
| 工作单位 | |  | | | | 现从事何专业 |  | |
| 执业资格及执业注册情况 | | |  | | | | | |
| 本人主要学历及简历 |  | | | | | | | |
| 选  送  单  位  填  写 | 进修科目要求 |  | | | | | | | |
| 拟进修时间安排 | |  | | | | 是否接受调整 |  | |
| 业务能力 |  | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （公章） 年 月 日 | | | | | | | |

备注：填写后请寄杭州市古墩路1229号浙江医院医务部（电话：0571-87377015） 或杭州市灵隐路12号浙江医院医务部 （电话：0571-81595006） 或传真至0571-87980176