附表1

**医 药 卫 生 人 员**

**进修申请表**

**姓 名**

**进修专业**

**进修时间** \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

**选送单位**

**通讯地址**

**邮政编码**

**联系电话**

二O 年 月 日 填写

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 粘贴照片 |
| 政治面目 |  | 民族 |  | 行政职务 |  |
| 何时何校毕业 |  | 所学专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 从事本专业工作年限 |  |
| 工作部门及技术职称 |  | 健康状况 |  |
| 主要学历及经历（注明专业及职称） |  |
| 外语水平 |  文字 |
| 目前业务能力及水平 |  |
| 进修目的及具体要求 |  |
| 选送单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 接收部门意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 接收学院意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 管理部门意见 |  （盖章） 年 月 日 |