**柘城中医医进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** | |  | **民族** |  | **（粘贴照片）**  **小2寸** |
| **健康状况** |  | **籍贯** |  | **微信号（必填）** | |  | | |
| **学历** |  | | **毕业证书号** | |  | | | |
| **职称** |  | | **执业证号** | |  | | | |
| **工作单位和级别** |  | | | | **手机号** |  | | |
| **进修科目** |  | | | | | | | |
| **进修时间** | **（ 年 月 日—— 年 月 日）** | | | | | | | | |
| **工作简历** |  | | | | | | | | |
| **政治思想情况及专业能力** |  | | | | | | | | |
| **选送单位意见** | **（是否同意外出进修）**  **负责人（签字）：**  **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| **接收单位意见** | **（是否同意接收）**  **负责人（签字）：**  **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |

备注：申请表填写齐全、电脑打印加盖单位公章邮寄至河南省商丘市柘城县迎宾大道东侧（柘城中医院北关院区）科教部。 进修表WORD文档电子版发至邮箱：[zczyykjb@163.com](mailto:kjk78530@163.com)

联系人 **任晓茹：**13781578384 **郝冠宇：**15836898516 邮编：476200

推荐：顺丰邮寄（避免丢失）