



荆门市中医医院

## 进 修 申 请 表

进 修 专 业\_\_\_\_\_

进 修 时 间\_\_\_\_\_

姓 名\_\_\_\_\_

选 送 单 位\_\_\_\_\_

填 表 时 间\_\_\_\_\_

二〇二四年印制

姓 名		性 别		年 龄	
文化程度		身份证号码			近期照片
工作单位		职 称			
本人联系电话		单位地址			
进修科目		进 修 起止时间			
主要学习经历	起 止 年 月	学 校 名 称			
主要工作经历	起 止 年 月	工 作 单 位 及 科 室	职 称		
现在业务水平 (从事专业工作时间与水平)					

<p>进 修 内 容</p> <p>与 要 求</p>	
<p>选 送 单</p> <p>位 意 见</p>	<p>负责人签字（盖章）：</p> <p>年 月 日</p>
<p>接 收 单</p> <p>位 意 见</p>	<p>负责人签字（盖章）：</p> <p>年 月 日</p>

**备注：**提交申请表时请一并提交身份证、毕业证、职称证、执业证书复印件。

进修办公室联系电话：科研教学科 0724-2278013  
 护理部（护理专业） 0724-2278015