



商洛市中心医院
Shangluo Central Hospital

来院进修申请表

姓名		性 别		年 龄		照片
民族		婚否		学 历		
政治面貌		健康状况		联系电话		
学科		工作单位及电话				
职业类别		职 称			职 务	
医师（护士） 资格证号				医师（护士） 执业证号		
主要 工作 经 历	工作单位			起止时间		职务
进 修 时 间 及 专 业	进修学制	1 年制 ☐ 半年制 ☐ 3 个月 ☐				
	进修专业			进修时间（3 个月/6 个月/12 个月）		

专业水平			
具体进修计划及预期目标	本人签字： 年 月 日		
	单位负责人签名： 年 月 日		
选送单位意见	单位签章： 年 月 日	接收单位意见	签章： 年 月 日

注：请双面打印