附件2

**洛阳市第一人民医院医院进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 贴照片 | |
| 年 龄 | |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 | |  | 健康状况 |  |
| 专 业 | |  | 职 称 |  | | |
| 参加工作时间 | |  | 联系电话 |  | | |
| 所在单位名称 | | |  | | | |
| 单位类别（请划√） | | | 我院医联体内医院（是 否） 我院对口支援医院（是 否）  其他： | | | |
| 身份证号 | | |  | | | |
| 医（技）师执业证件号 | | |  | | | |
| 申请进修科室名称 | | |  | | | |
| 申请进修总时间 | | |  | | | |
| 工作经历 | 起 止 年 月 | | 工作单位名称 | | | 职 称 |
|  | |  | | |  |
| 选送单位意见 | 盖章（单位公章） 年 月 日 | | | | | |

**申请人签字：**

填表日期： 年 月 日

**备注：本申请除申请人签字项目需要本人签名外，其他内容需打印。**