**岳阳市中心医院**

**临床医、技人员进修申请审核表**

 **进修专业**

 **姓 名**

 **选送单位**

 **填表日期**

**进 修 须 知**

1. 必须具备大专以上学历。
2. 应在临床工作1年以上。
3. 来院进修者必须参加进修考试，考试及格者方能接受。
4. 填写申请表，必须实事求是，认真仔细，一律用钢笔填写，字迹要求工整，清晰易辩，字迹潦草者概不受理。
5. 选送单位必须由主管部门签署意见及加盖公章，选送单位应对申请表上所填写的全部内容进行审核查实并负责任。
6. 我院根据对口扶持、挂牌、协作医院情况优惠、减免进修费用。
7. 凡申请来我院进修者，必须随申请表附上学历证书、资格证书、执业证书及身份证复印件，无上述复印的申请表一律无效。报到时带以上证书原件以便核对、另带4张一寸彩照及单位介绍信。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **学历** |  |
| **职称** |  | **现工作单位** |  |
| **进修专业** |  | **进修时间** |  |
| **联系电话** |  | **邮 编** |  | **地址** |  |
| **主****要****学****历** | **起止年月** | **学校名称** |
|  |  |
| **主****要****工****作****经****历** | **起止年月** | **工作单位名称** | **职称** |
|  |  |  |
| **工作表现** |  |
| **专业水平** |  |
| **选送单位****意见** | **盖 章****日 期** |
| **接受医院****意见** | **签 名****日 期** |
| **基层服务部费用减免****意见** | **签 名****日 期** |