

# 医 药 卫 生 人 员 进 修 申 请 表

姓 名 \_\_\_\_\_

选 送 单 位 \_\_\_\_\_

进 修 科 目 \_\_\_\_\_

进 修 时 间 \_\_\_\_\_

执业医师注册证书编号 \_\_\_\_\_

浙 江 大 学 医 学 院 附 属 口 腔 医 院 制

|                      |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |        |        |        |        |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| 姓名                   |                                                                                                                                                                                                                            | 性别                                                                                              |        | 年龄     |        | 近期证件照片 |
| 毕业学校                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |        | 学历     |        |        |
| 工作单位                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |        | 参加工作时间 |        |        |
| 联系电话                 |                                                                                                                                                                                                                            | 身份证号                                                                                            |        |        |        |        |
| 职称                   | 医师： <input type="checkbox"/> 住院医师 <input type="checkbox"/> 主治医师 <input type="checkbox"/> 副主任医师 <input type="checkbox"/> 主任医师<br>技师： <input type="checkbox"/> 初 级 <input type="checkbox"/> 中 级 <input type="checkbox"/> 高 级 |                                                                                                 |        |        |        |        |
| 进修时间                 | 年 月 日— 年 月 日                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                 |        |        |        |        |
| 进修计划<br>（请勾选并填写进修专业） | <input type="checkbox"/> 专项进修                                                                                                                                                                                              | 进修专业：                                                                                           |        |        |        |        |
|                      | <input type="checkbox"/> 联合培养                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 向阳联合培养 <input type="checkbox"/> 博学联合培养 <input type="checkbox"/> 自强联合培养 |        |        |        |        |
|                      |                                                                                                                                                                                                                            | 进修专业                                                                                            |        |        |        |        |
|                      |                                                                                                                                                                                                                            | 进修时长                                                                                            | ( ) 个月 | ( ) 个月 | ( ) 个月 | ( ) 个月 |
| 工作经历                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |        |        |        |        |
| 业务能力                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |        |        |        |        |
| 选送单位意见               | <div style="text-align: right;">单位盖章</div>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |        |        |        |        |

填表说明：

- 1、此表必须由派送单位签署意见后**加盖单位公章**。
- 2、我院现有华家池总院、湖滨院区、紫金港院区、大运河院区。**申请人必须服从医院的院区和带教安排。**
- 3、申请人参照我院进修招生方案**必须提供附件**，包括**身份证正反面、学历证书及毕业证书、医师执业证书（附有盖章单位注册信息的页面）、医师资格证书、职称证书、规培证书等原件扫描**。申请联合培养的，请提供完整的进修材料。**进修材料不全的，审核不予通过。**
- 4、申请人**至少提前 1 个月**将申请表和附件扫描成**一份 PDF 文件**发送至 **zdkqjx@126.com**。