临床医技人员短期参观学习

申 请 表

申 请 科 别：

申请人姓名：

申请人单位：

申请学习期限：

医务部门电话：

申请人电话：

申请人单位地址：

电子邮箱：

填表时间： 年 月 日

杭州市中医院制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |  |
| 职称 |  | 职 务 |  | 所在科室 |  |
| 最高学历（以证书为准） |  | 毕业学校 |  |
| 健康状况 |  | 是否党团员 |  | 何时参加医疗工作 |  |
| 执业证书 | 有□无□ | 发证日期 |  | 注册时间 |  |
| 资格证书编号 |  | 执业证书编号 |  |
| 本人学历及工作经历 |  |
| 目前业务能力（包括外语、计算机水平） |  |
| 进修目的要求 |  |
| 本单位审查意见 |  单位公章:年 月 日 |