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 | | | | | | | | | | | | | | | | |