附件2

**云南省曲靖中心医院**

**进 修 申 请 表**

姓 名：

选送单位及科室：

单位通讯地址：

执 业 类 别：

执业证书编号：

申 请 日 期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 学历 |  |
| 工作单位  及科室 |  | 工作年限 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 进修学习  科室 |  | 进修  时间 | 年 月 日至  年 月 日 | | | | |
| 指导教师  姓名 |  | 职称 |  | | | | |
| 主要学习  工作简历 |  | | | | | | |
| 以往进修  学习情况 |  | | | | | | |
| 进修学习  目的、要求 |  | | | | | | |
| 选送单位  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 接收单位  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |