****

**进 修 申 请 表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** |  | **邮编** |  |  **贴照片处** |
| **姓名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  |
| **籍贯** |  | **民 族** |  | **政治面貌** |  |
| **毕 业院 校** |  | **最后****学历** |  | **学历证****书编号** |  |
| **职务职称** |  | **是否具有口腔医师资格证、执业医师证** |  | **证书****编号** |  |
|  |  |
| **健 康状 况** |  | **爱人姓名** |  | **本人联系电话** |  |
| **爱人联系电话** |  |
| **申请进修专业** | **1.** | **申请****进修时间** |  | **填表日期** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **详细通讯地址** |  |
| **主要履历** | **起止年月** | **在何单位从何专业** |
|  |  |
| **政治思想表现** |  |
| **外语水平** |  |
| **本****人****现****有****业****务****水****平** |  |
| **进****修****目****的****及****要****求** |  |
| **选****送****单****位****意****见** |  **（盖章） 年 月 日** |
| **接****受****单****位****意****见** | **临****床****科****室****意****见** | **科室负责人： 年 月 日** |
| **教****务****科****意****见** | **科室负责人： 年 月 日** |
| **医****院****意****见** | **分管院领导： 年 月 日** |
| **结****业****情****况** |  |

**备注：1.随表请附本人身份证、毕业证、医师资格证、执业证书复印件。**

 **2.若选送单位与医师执业证书上的执业地点不一致，请选送单位开具相关证明。**