遵义医科大学第二附属医院

内 镜 科 进 修 人 员 申 请 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  | | | 职称 |  | | 工作年限 |  |
| 最后学历 |  | 毕业学校  及毕业时间 | |  | | | | |
| 单位名称 |  | | | 邮政  编码 | |  | 手机  号码 |  |
| 医院等级 |  | | |
| 现从事专业： | |  | | 进修时限  （月） | |  | | |
| 申请进修科目： | |  | |
| 获取  执业  资格  证书  情况 | 医、技资格  证书编号 | 医、技执业  证书编号 | | 执业范围 | | 发证机关 | | 发证时间 |
|  |  | |  | |  | |  |
| 护士资格证书编号： |  | | | |  | |  |
| 主要学历与经历 | 起 止 年 月 | 学 习 和 工 作 单 位 名 称 | | | | | | 职 务 |
|  |  | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  |
| 进修目的和要求 |  | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 接受科室意见 | 科主任签字： 护士长签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 医教部意见 | 负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| **备 注** | 递交进修申请表同时须交以下证书复印件：  1.医师请交毕业证、执业医师资格证、执业证书复印件  2.护士请交毕业证、护士资格证、执业证书复印件 | | | | | | | |

地址：贵州省遵义市新蒲新区新蒲大道与新龙大道交汇处

联系人：内镜科 吕忠容 联系电话：0851-28688927

医务部 张 倩 联系电话：0851-27596018