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