**成都市青白江区妇幼保健院**

**进修申请表**

姓 名

工作单位

进修科别

编 号

年 月 日

**选送进修生条件及注意事项**

一、被选送的同志必须政治思想好，努力学习政治及时事，自觉遵守保健院制度，在业务上能精益求精，在工作中能勤勤恳恳，全心全意为人民服务的在职医务工作者。

二、为了保证进修质量，各级医务人员应逐级选送。选项送到我院进修者应具备中等专业水平，从事临床工作二年及以上，有一定临床实践经验，（报到前进行必要的医学基础要理论等测验）身体健康，能胜任学习和值班。

三、上述要求请选送单位认真审查，符合上述条件的再填表，送我院审查和进行业务测试。合格后我院另发报到通知书。

四、此表填一式二份，学习结束时，由我院作学习鉴定；一份寄回原单位作为干部业务考核材料，一份留我院存档。

**进 修 生 简 历 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | | | | | 是否住宿 | | | |  | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 民族 | |  | 年龄 | |  | | | 婚否 | | 已 未 | | | 籍贯 | | 省 市(县) | |
| 政治面 貌 |  | | 文化程度 | |  | | | 职务职称 | | |  | | 健康状况 | | |  | | 详细通讯地 点 | | | | |  |
| 主  要  医  学  学  历 | 起 止 年 月 | | | | | 学样（短训班）名称 | | | | | | | | | | | | | | | 毕业或肄业 | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 主  要  从  事  医  务  工  作  简  历 | 起 止 年 月 | | | | | 在 何 单 位 | | | | | | | | | | | | | | | 任 何 职 务 | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 曾在何时何地进修  何 科 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 此次计划  进修时间 | |  | | | | | | | | | | | | 是现有水平提高或是准备上提 | | | | | | |  | | |
| 现在工作  能 力 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 进  修  科  目  目  的  要  求 |  | |
| 选  送  单  位  审  核  意  见 | 盖章 年 月 日 | |
| （此项由进修生入院后与带教老师共订）进 修 学 习 计 划 |  | |
| 接  受  单  位  审  核  意  见 |  | |
| 报到时间： 年 月 日 | | 离院时间： 年 月 日 |

**科 室 考 核 表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓 名： | | 科室名称： |
| 到达本科室时间  年 月 日 | | 离开本科室时间  年 月 日 |
| 请事假 次共 天 | | 请病假 次共 天 |
| 有否旷工及违反劳动纪律  无 有 次 | | 有否医疗差错事故  无 有 次 |
| 考核成绩： | | |
| 科  室  鉴  定 |  | |
| 带教老师签字： 护士长签字： 科主任签字： 年 月 日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本  人  学  习  小  结 | 进修生签字：  年 月 日 |
| 医院审核意见 | 签字盖章  年 月 日 |