

肇庆市中医院

进修申请鉴定表

进修科别_____

姓 名_____

选送单位名称_____

选送单位地址_____

邮政编码_____

单位电话_____

手机号码_____

填表时间_____年 月 日

填 表 须 知

凡申请来我院进修学习的人员，请先阅读以下填表要求：

1. 临床进修人员必备条件：大学本科毕业二年、大专毕业三年、中专毕业四年以上，已获得执业医师资格或助理执业医师资格，具有一定中医理论和实践经验的医师或医士，可以在我院参加临床进修学习。

2. 其他进修人员必备条件：大学本科毕业二年、大专毕业三年、中专毕业四年以上，已获得进修相关专业技术资格证书。

3. 申请手续：首先在我院医教部（科教）领取进修人员申请表，按表中各栏要求，如实、认真填写，经选送单位盖章后，将申请表与学历证书及资格证、执业证复印件（复印件上要求盖选送单位人事部门公章）寄送医教部（科教）。如材料不全，我方将不予受理。

4. 每月月初接收一批进修生，进修申请表需提前 15 个工作日寄送到医教部（科教），收到进修申请表后，若符合条件的会尽快安排申请人到我院进修学习，进修人员须按通知规定的时间来院报到，否则不予接收。

5. 有怀孕计划的人员请勿安排来我院进修，科室暂时不会接收。进修期间不安排探亲假，不能因学习、会议、搬家或单位人员紧张等原因请假，遇节假日，应绝对服从科室安排。如遇有提职晋升、学历考试及单位人员紧张等，请不要来我院进修。进修期间禁止回单位处理上述事宜，如擅自离岗，则退回原单位，不办理任何结业证明。

6. 联系人：谢老师、王老师；联系电话：0758—2837837

7. 地址：肇庆市端州区端州六路 20 号肇庆市中医院 3 号楼五楼医教部（科教）

8. 邮编：526020

姓名		性别		出生年月	
文化程度		民族		参加工作时间	
职称		职务		政治面目	
籍贯		省（市）县			
本人 学 历 及 社 会 经 历					
本人 业 务 水 平					
进 修 生 思 想 表 现	科主任签名： 年 月 日				

进 修 项 目 和 时 间	
进 修 目 的 和 要 求	(备注：注明是否需要安排住宿)
选 送 单 位 意 见	单位盖章： 年 月 日
接 收 单 位 意 见	单位盖章： 年 月 日
在进修期间，愿意遵守医院一切规章制度 申请人（签名）：选送单位领导（签名）： 年 月 日年 月 日	

[illegible]

