**医 药 卫 生 人 员 进 修**

**申 请 表**

**进修科目**

**进修期限**

**姓　　名**

**联系电话**

**选送单位**

**江西吉安市中心人民医院**

**年　 月　 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 健康状况 | |  |
| 文化  程度 | | |  | | | | 技术  职称 |  | | | |
| 工作  单位 | | |  | | | | 职务 |  | | | |
| 主  要  学  历 | 起 止 年 月 | | | | | 学 校 名 称 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| 主  要  经  历 | 起 止 年 月 | | | | | 工 作 单 位 名 称 | | | | 职 务 | |
|  | | | | |  | | | |  | |
| 本  人  政  治  表  现 | |  | | | | | | | | | |
| 本  人  专  业  水  平 | |  | | | | | | | | | |
| 本  人  外  语  水  平 | |  | | | | | | | | | |
| 选意  送  单  位见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 接意  受  单  位见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |

**吉安市中心人民医院科教科邮箱：kjk8259629@163.com**