

# 临床医、技人员进修 申请审核表

进修专业 \_\_\_\_\_

姓 名 \_\_\_\_\_

选送单位 \_\_\_\_\_

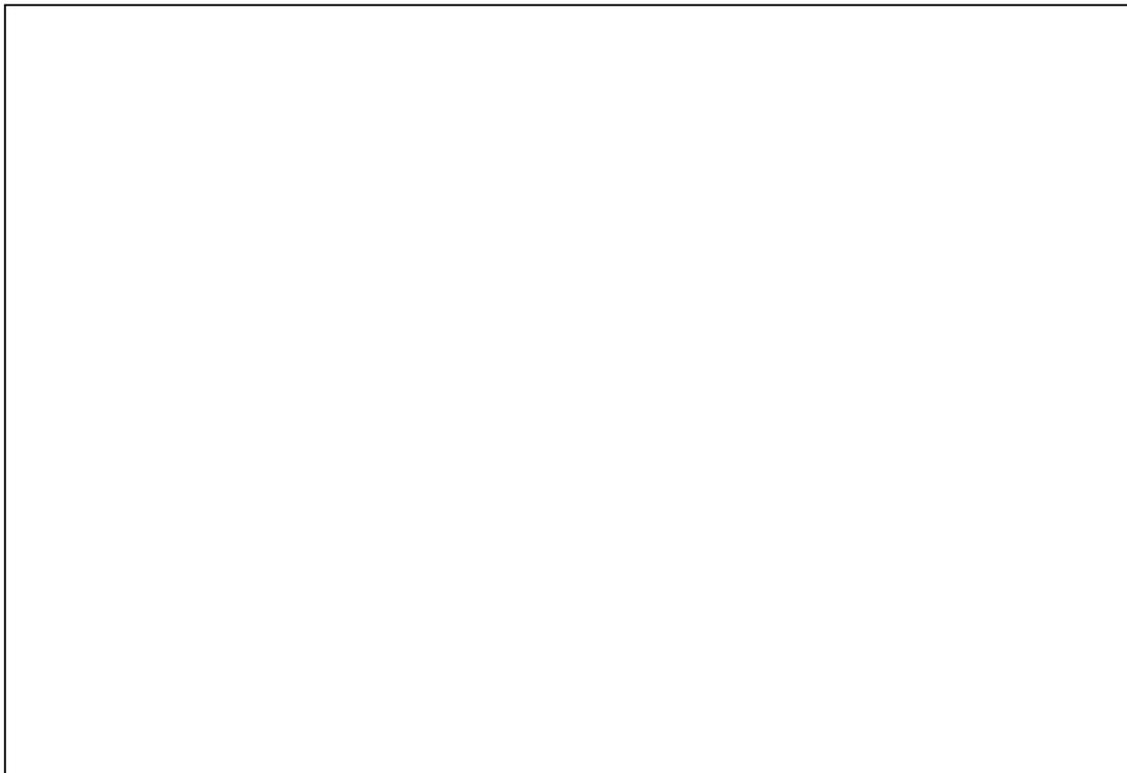
填表日期 \_\_\_\_\_

岳阳市中心医院

# 进 修 须 知

- 1、必须具备大专院校以上学历。
- 2、应在临床工作 2 年以上。
- 3、来院进修者必须参加入院考试，考试及格者方能接受。
- 4、填写申请表，必须实事求是，认真仔细，一律用钢笔填写，字迹要求工整，清晰易辨，字迹潦草者概不受理。
- 5、选送单位必须由主管部门签署意见及加盖公章，选送单位应对申请表上所填写的全部内容进行审核查实并负责任。
- 6、我院根据扶持、挂牌、协作医院优惠减免进修费用。
- 7、凡申请来我院进修者，必须随申请表附上学历证书、资格证书、执业证书及身份证复印件，无上述复印的申请表一律无效。报到时带以上证书原件以便核对，另带 4 张一寸彩照及单位介绍信。

**各类证书复印件粘贴处：**



姓名		性别		年龄		学历	
职称		现工作单位					
进修专业				进修时间			
联系电话		邮编		地址			
主要 学 历	起止年月			学校名称			
主要 工 作 经 历	起止年月			工作单位名称	职称		

本人工作表现	
本人专业水平	
选送单位意见	盖章： 日期：
接受医院意见	签名： 日期：
基层服务部费用减免意见	签名： 日期：