附件：

**云南省阜外心血管病医院**

**进 修 申 请 表**

进修科别

姓 名

单位名称

单位地址

邮政编码

移动电话

传真号码

电子邮箱

填表时间

**云南省阜外心血管病医院进修学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 | |  | | 照片 | |
| 籍 贯 |  | 民 族 | |  | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号 |  | 执业资格  证书号 | | |  | | | |
| 技术  职称 |  | 行政  职务 | | |  | | 文化程度 | |  | |
| 现从事专业 |  | | | | 从事现专业时长 | | | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | 家庭邮编 | |  | |
| 配偶姓名 |  | | | | 配偶联系电话 | |  | | | |
| 申请  进修期限 | □半年 □一年 | | | | 是否需要住宿 | | □需要 □不需要 | | | |
| 专业特长 |  | | | | | | | | | |
| 最后学历 | 毕业院校 | | 时间 | | | 专业 | | 学制 | | 学历 |
|  | |  | | |  | |  | |  |
| 工作简历 | 工作单位名称 | | 起止时间 | | | 专业 | | | | 职称 |
|  | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | | | |  |
| 申请人  单位意见 | **该同志符合招生简章中的进修基本条件，同意该同志进修**  **专业 年/个月（201 年 月到201 年 月,**  **共 个月）。**  签名（盖章）：    年 月 日 | | | | | | | | | |

注：申请进修时间请在相应空格处勾选