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