附件

**安徽中医药大学附属**

**太 和 中 医 院**

**外来进修人员申请表**

**（护理/助产）**

 **姓 名：**

 **进修专业：**

 **选送单位：**

 **联系电话：**

 **填表时间**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **民族** |  | **照片粘贴处****（一寸彩色近照）** |
| **职 称** |  | **专业** |  | **健康状况** |  |
| **最高学历/学位** |  | **政治****面貌** |  | **参加工作****时间** |  |
| **毕业院校** |  | **医院性质及级别** | **公立□ 私立□** **级 等** |
| **拟进修时间** |  **年 月 日至 年 月 日** | **进修专业** |  |
| **主****要****学****习****经****历** | **起止时间** | **学校名称** | **所学专业** | **获得学位** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **主****要****工****作****经****历** | **起止时间** | **单位名称** | **从事专业** | **职称／职务** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **进****修****计****划** |  |
| **选送单位意见** |  盖 章  年 月 日 |
| **接收单位意见** |   盖 章  年 月 日 |