**附件3：**

**广东省人民医院河源医院进修申请表（医技药）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 职称 |  | 学历 |  |
| 参加工作时间 |  | 毕业院校 |  | 医师资格证 | 有（助理/执业） 、 无 | 注册执业范围 |  |
| 选送单位 |  | 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 单位电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 进修科目 |  | 进修时间 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 主要学历及工作经历 |  |
| 进修科别与时间 |  |
| 进修目的及要求 |  |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日  |
| 接受医院审查意见 | （盖章） 年 月 日  |

|  |  |
| --- | --- |
| 自我鉴定 | （签名） 年 月 日  |
| 科室鉴定 | （签名） 年 月 日  |
| 医院鉴定 | （签名） 年 月 日  |

备注：双面打印

**广东省人民医院河源医院进修申请表（护理）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称 |  | 学历 |  |
| 参加工作时间 |  | 毕业院校 |  | 护士执业证 | 有 、 无 | 所在科室 |  |
| 选送单位 |  | 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 单位电话 |  |
| 进修科室 |  | 进修时间 |  年 月 日至 年 月 日 |
| 主要学历及工作经历 |  |
| 进修科别与时间 |  |
| 进修目的及要求 |  |
| 选送单位意见 | （签名盖章） 年 月 日  |
| 接受医院审查意见 | （盖章） 年 月 日  |
| 自我鉴定 | （签名） 年 月 日  |
| 科室鉴定 | （签名盖章） 年 月 日  |
| 医院鉴定 | （签名盖章） 年 月 日  |

备注：双面打印