**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