|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **上海市儿童医院进修申请表** | | | | | | | |
|
|
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 | |
| 出生日期 |  | 手机号 |  | 电子邮箱 |  |
| 毕业学校 |  | | | 专业及学制 |  |
| 毕业日期 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 工作单位 |  | | | 单位电话 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 参加工作时间 |  |
| 进修科目 |  | 拟定进修日期 |  | 进修期限 |  |
| 工作经历 |  | | | | | | |
| 进修  内容要求 |  | | | | | | |
| 选送单位 意见 | 医院等级 |  | 单位公章   年 月 日 | | | | |
| 本人所在科室 |  |
| **以下由上海市儿童医院填写** | | | | | | | |
| 科室意见 同意安排进修的日期及时间 |  | | | | | | |
| 教学办公室 审批意见 |  | | | | | | |
| **说明：** |  |  |  |  |  |  |  |
| **请随此表邮寄身份证、学位学历证书和执业资格证书复印件（A4纸型）** | | | | | | | |