|  |
| --- |
| **上海市儿童医院进修申请表** |
|
|
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 照片 |
| 身份证号 | 　 | 电子邮箱 | 　 |
| 手机号 |  | 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）** |