**南宁市中医医院进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生 年 月 | |  | | | 职 称 | | |  | | |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | | 身份证 号 |  | | | | | | | |
| 手机号码 |  | | 执业地点 | | |  | | | | | 执业科目 |  | | |
| 传 真 |  | | 执业类别 | | |  | | | | |
| 资格证号 |  | | 执业证号 | | |  | | | | | | | | |
| 何何时何校何专业毕业 |  | | 工作  单位 | |  | | | 拟进修  科目/业务 | |  | | | 进修期限 |  |
| 主要  工作  简历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 业务  水平 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 进修  要求 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 选送  单位  意见 | 年 月 日 (盖章) | | | | | | | | | | | | | |
| 接收  单位  意见 | 年 月 日 (盖章) | | | | | | | | | | | | | |