****

**进修人员申请表**

**老年医学科**

进修人员

进修期限

工作单位

本人手机

填表日期

**北京回龙观医院**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 年龄 |  | 电子版  照片 |
| 民族 | |  | | 政治  面貌 | |  | 文化  程度 |  |
| 单位  地址 | |  | | | | | 邮政  编码 |  |
| 单位  电话 | |  | | | | | 单位  传真 |  | |
| 执业医师/护师证编码 | | |  | | | | 职称  职务 |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | 精神科  工作时间 |  | |
| 个人简历 | 日期起止 | | | | 在大学、机关（医院）工作任职情况 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 进修内容与要求 | （200字以内） | | | | | | | | |
| 派送单位填写 | 工  作  专  业  水  平 | | （200字以内） | | | | | | |
| 政  治  表  现 | |  | | | | | | |
| 派  送  单  位  意  见 | | （派送单位盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 接收单位填写 | 接  收  单  位  意  见 | | （接收单位盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 安  排  科  室 | |  | | | | | | |