**附件：**

**陕西省肿瘤医院进修人员申请表**

**填表日期＿＿＿＿＿＿**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 性别 |  | 籍贯 |  | 出生  年月 |  | | 婚否 |  |  | |
| 何时参加工作 | | |  | 文化程度 | |  | | 入党团  年  月 | |  | | |
| 进修专业 | | |  | 现任职务 | |  | | 技术级  别职称 | |  | | |
| 进修期限 | | |  | **是否医联体成员单位** | | | |  | | | | |
| 单位及通讯地址 | | |  | | | | | 邮 编 | |  | | |
| 电 话 | |  | | |
| 主要学历及工作简历 | 自何年月起 | | | 至何年月止 | | | | 在何单位何部门 | | | | | 任何职务 | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 准备  进修  主要  内容 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 准 现  备 有  进 技  修 术  专 水  业 平 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 掌 种  握 类  外 及  国 程  语 度 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 选  送  单  位  鉴  定  及  意  见 | | 签  章                                                年    月    日 | | | | | | | | | | | |
| 拟  接  收  科  室  意  见 | | 签  章  年    月    日 | | | | | | | | | | | |
| 接  收  单  位  运  营  部  意  见 | | 签  章  年    月    日 | | | | | | | | | | | |
| 接  收  单  位  院  领  导  意  见 | | 签  章  年    月    日 | | | | | | | | | | | |

**注：**1、进修人员请务必提前二个月联系。

   2、凡申请进修者，请提交学历证明、医师/护士资格证及执业证、身份证复印件和单位人事部门介绍信，

   3、照片要求一寸近期正面免冠照片。

   4、食宿统一安排，费用自理，医联体成员单位按照有关文件精神执行。

电   话：运营部：（029）85276035 85276226  护理部：（029）85276045 85276046

通信地址：陕西省西安市雁塔西路309号（陕西省肿瘤医院运营部/护理部）710061