

# 内蒙古自治区中医医院进修申请表

姓 名 \_\_\_\_\_

选送单位 \_\_\_\_\_

进修科目 \_\_\_\_\_

填表时间 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

内蒙古自治区中医医院印制

## 填表须知

- 1、填写申请表，必须实事求是，认真仔细，一律用钢笔填写，字迹要求工整，清晰易辨，字迹潦草不清者概不受理。
- 2、选送单位必须由主管部门签署意见及加盖公章，选送单位应对申请表上所填写的全部内容进行审核核实并负责任。
- 3、进修科别必须填写明确，要求详细、具体。
- 4、凡申请来我院进修者，必须随申请表附上医师资格证书、执业证书、身份证等复印件，无上述复印件的申请表一律无效。
- 5、本表空白表格可以复制，但需经本人签字及选送单位签字盖章（原件）后才能视为有效申请。

姓名		性别		民族		年龄	
最高学历		政治面貌		职称		工作年限	
医师级别	<input type="radio"/> 执业医师 <input type="radio"/> 助理医师			执业范围		从事专业	
单位名称				单位地址			
单位电话				个人电话			
进修科目				进修时间	年 月 日 —— 年 月 日		
医师资格证书编号：							
医师执业证书编号：							
主要 学 历	起止年月	学校名称					
工 作 简 历	起止年月	工作单位名称				职务	

专业水平	
选送单位意见	<p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>
接收单位意见	<p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>

附：正反面打印。