

# 在职卫生人员进修申请表

进修单位：广西中医药大学第一附属医院

姓名		性别		年龄		职务		职称	
毕业学校及时间				专业			学制		
申请单位				进修生联系电话		手机			
						Email			
详细通讯地址				邮政编码					
申请进修专业				拟进修时间		进修批次： <u>3月/6月/9月/12月</u> (打√) 进修时长：计        个月。			
医师资格证书编号				医师执业证书编号					
工作简历									
从业年限及水平									
进修目的及要求									
选送单位意见	(盖章) 年    月    日					主管进修部门名称			
						负责人			
						联系电话			
						传真电话			
						电子邮箱			
接收科室意见	接收（是、否） 原因（不接收请简要说明原因）：								
情况回执	收函日期：				回执日期：				

地址：(530023) 南宁市东葛路 89-9 号广西中医一附院 医务部    联系电话：0771- 5848661  
 邮箱：1770825337@qq.com    传    真：0771- 5887204