

在职卫生人员进修申请表(医技类)

拟进修单位：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	拟进修批次：3月份/6月份/9月份/12月份(打√) 拟进修时长：共 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				
室接收意见	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：				

进修范围：广西中医药大学第一附属医院东葛院区及仙葫院区 联系电话：0771-5892239 邮箱：1770825337@qq.com