**陕西省肿瘤医院进修人员申请表**

**填表日期＿＿＿＿＿＿**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  | 年龄 |  | 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** |  |
| 单位及信地址 |  | 电话(个人） |  |
| 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 |
| 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 18049246023   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）710061 张梅  18049246023