**进修申请表**

----------------------------------------请----------------------------------------------装-------------------------------------------------订-----------------------------------------------

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 进修学科 |  | 入学时间 | 医护： □1月 □7月护士： □4月 □10月 | 相片 |
| 姓 名 |  | 进修期限 | ○三个月 ○半年 ○一年 |
| 性 别 |  | 进修系列 | ○医生 ○护士 ○技术员 |
| 年 龄 |  | 参加工作时间 |  年 月 | 最高学位 |  |
| 民 族 |  | 所在科室 |  | 职 称 |  |
| 手机号码 |  | 身份证号 |  |
| 单位名称（公章） |  | 医院传真 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 医院等级 | □三级医院 □二级医院 □部队医院 □其他 |
| 执业证（执业地点） |  | 执业证（执业范围） |  |
| 主要学习和工作经历 |
| 起 止 |  学校（单位） | 学历（职称） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 业务水平 |  | 进修目的 |  |
| 选送单位意见： 单位盖章年 月 日 |
| 接收科室意见：签名：年 月 日 |

**\*要求A4纸双面打印填写（签名除外）**

为做好进修教学管理，提高进修学习质量，进修申请人在提交申请表前，必须仔细阅读中山一院《进修人员管理协议书》，并表示愿意自觉遵守，否则我院将不予受理您的进修申请。

本人已认真阅读中山一院《进修人员管理协议书》，并愿意自觉严格遵守协议条款。

进修申请人：

主管单位负责人（护理部主任）： （注：进修申请人及其领导必须签名表示同意，否则我院不接受此次进修申请）

 寄表时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

**\*请附齐相关证件的复印件（双面复印，并按以下顺序装订）！**

医 生：①医师执业证（含执业点、执业范围）、②医师资格证（含学校、专业）、③单位进修介绍函、④最高学历学位证、⑤医院等级证明

护 士：①护士执业证（含执业点）、②单位进修介绍函、③最高学历学位证、④医院等级证明

技术员：①技术资格证、②单位进修介绍函、③最高学历学位证、④医院等级证明

进修生殖医学另附“卫生部审核批准开展人类辅助生殖技术和设置人类精子库的通知”

* 执业证的执业地点、选送单位名称和单位公章三者必须一致（若同一个单位多个名称，须医院办公室出具证明并加盖公章或有卫生局相关批文复印件）
* 经过注册的执业医师，其注册类别和范围与所申请进修专业必须一致
* 请严格按照我院官网进修招生计划填写进修学科、入学时间及进修期限

邮寄地址：广州市中山二路58号中山大学附属第一医院11号楼继续教育科503室郭老师收，邮政编码510080，联系电话020-87332617或020-87755766-8481