



黄冈市中医医院

HUANGGANG HOSPITAL OF TCM

— 为你想到更多 —

进修申请表

姓 名： _____

进修科目： _____

学习期限： _____ 个月（ _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月）

选送单位： _____

联系电话： _____

电子邮箱： _____

黄冈市中医医院

年 月 日

姓名		职称		性别		粘 贴 免 冠 近 照
政治面貌		年龄		民族		
籍贯		第一学历		最高学历		
工作单位			医院级别			
通讯地址	省 市 县(区)				电话	
学 习 经 历	起止年月		学校名称			
主 要 工 作 经 历	起 止 年 月		工 作 单 位 及 科 室		职 称 / 职 务	
外语水平						
专业技术水平 (含从事该专业工 作时间)						

<p>进修内容与要求</p>	<p>拟进修时间：____个月（ ____年__月至 ____年__月） 拟进修内容和预期达到水平：</p>
<p>本人政治 思想表现</p>	
<p>选送单位意见</p>	<p style="text-align: right;">签字（盖章）： 年 月 日</p>
<p>接收单位意见</p>	<p style="text-align: right;">签字（盖章）： 年 月 日</p>
<p>备 注</p>	<p>一、请交本表格时附以下资料： 1、身份证复印件 2、最高学历毕业证和学位证复印件 3、相关执业证书和资格证书复印件 二、联系方式： 联系人：黄冈市中医医院科教王科长 18062200019 Q Q: 1497563854 邮 箱: 1497563854@qq.com 地 址: 湖北省黄冈市黄州区东门路19号</p>