

附件 1:

## 杭州整形医院进修/参观人员申请表

姓 名：\_\_\_\_\_

单 位：\_\_\_\_\_

进修 参观科室：\_\_\_\_\_

进修 参观专业：\_\_\_\_\_

进修 参观类别：\_\_\_\_\_

进修 参观期限：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_

杭州整形医院制

2021 年 3 月

姓 名		性 别		年 龄		免冠 一寸 彩照
政治面貌		专 业				
技术职称		手机号 码				
主 要 学 历	起 止 年 月	医 学 院 校 及 专 业 名 称				
主 要 工 作 经 历	起 止 年 月	单 位 及 科 室 名 称			职 务 或 职 称	
进 修 学 习 经 历						
从 事 本 专 业 时 间 及 技 术 水 平						
所 在 单 位 全 称	医院/门诊部					
所 在 医 院 级 别	级 等 医院 (床位_____张)					
计 算 机 水 平						
通 讯 地 址						

进修/参观 内容及要求	
政治思想 工作表现	
选送单位 意见	<p style="text-align: right;">(公章)</p> <p style="text-align: right;">签字：                      年    月    日</p>
接收单位 科室意见	<p style="text-align: right;">签字：                      年    月    日</p>
接收单位 复审意见	<p style="text-align: right;">签字：                      年    月    日</p>
<p style="text-align: center;"><b>说 明</b></p> <p>1. 本表基本情况部分要求进修/参观人员本人如实详细填写，字迹清楚。</p> <p>2. 申请进修/参观临床科室的人员应是思想作风好，身体健康，具有一定本专业理论基础，本科学历两年以上、专科学历五年以上本专业临床实践经验的现职技术人员。</p> <p>3. 本表填写完成后与本人执业证、资格证、职称证、学历证书复印件一并邮寄至杭州市下城区上塘路 168 号杭州整形医院医教科，邮编：310014。</p> <p>4. 审核通过后，我院将按计划通知进修/参观报到时间及其它有关事项。</p>	