# 成都医学院第一附属医院进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | 年龄 | |  | 婚 否 |  |
| 最后学历 | |  | 所学专业 | |  | 从事专业 | |  | 从业年限 |  |
| 执业资格 | |  | | | | 进修科室 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | | 通讯地址 | |  | | |
| 进修专业 | |  | | | | 进修时限 | |  | | |
| 学习及工作  经  历 | 起 止 年 月 | | | | | 学 校 名 称 及 工 作 单 位 | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 思想及业务能力小结 |  | | | | | | | | | |
| 进修承诺 | 进修期间遵守医院和科室的管理制度，服从科主任/护士长和带教老师安排，遵守医疗操作常规，严禁超越执业权限从事医疗活动。如果进修生个人因违反相关规定而造成的医疗事故、差错以及其他法律后果，由进修生选派单位承担，没有选派单位的，由进修生本人承担。  选派单位（盖章）  进修生签名： | | | | | | | | | |
| 填表日期 | |  | | 邮政编码 | | |  | 通讯方式 |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 进修目的要求 |  | | |
| 意 见  选 送 单 位 | （盖章）  签字：  年 月 日 | | |
| 门审核意见  上级行政部 |  | | |
| 接收科室意见 | 年 月 日 | | |
| 意 见  教务科 | （盖章）  年 月 日 | | |
| 时间  报到 |  | 时间  结业 |  |
| 备 注 |  | | |