**大连大学附属中山医院外来人员申请进修登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | 年龄 | |  | | 民族 | |  |
| 政治面貌 | |  | | | 最高学历 | |  | | | 最高学位 | |  | |
| 最高毕业院校 | | | | |  | | | | | | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | 参加工作时间 | | | |  | | |
| 目前单位职务 | | |  | | | | 已取得职称 | | | |  | | |
| 单位电话 | | | （区号）-- | | | | 个人联系电话 | | | |  | | |
| 个人联系邮箱 | | | | |  | | | | | | | | |
| 执业医师证编号 | | | | |  | | | | | | | | |
| 执业范围 | | | | |  | | | | | | | | |
| 个人简历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申请进修科目 | | | |  | | | 申请进修时间 | | | |  | | |
| 申请进修原因 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申请单位审批意见 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 负责人（签字）： | | | | | | （单位公章）：  年 月 日 | | | | | |
| 进修单位审批意见（进修生不需填写） | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | （单位公章）：  年 月 日 | | | | | |

**注：本表申请进修人员填写完毕后，扫描成PDF文件，发送至zsyyywb@sina.com或拨打0411-62893023。**