附件3

**汕头大学医学院口腔门诊部**

**进 修 申  请  表**

**进 修 科 室\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**姓       名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选 送 单 位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**年     月     日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |   | 性  别 |   | 出生年月 |   |
| 最高学历 |   | 从事专业 |   | 是否党员 |   |
| 职    称 |   | 何时参加工作 |   |
| 进修期限 |   | 申请进修专业 |   |
| 推荐单位级别 |  |
| E-mail |  |
| 何时获得医师资格证书（随此表寄上） |   |
| 现在工作单位及地址 |   |
| 邮    编 |   | 地区号 |   | 手机 |   |
| 主     要     学     历 | 起   止   年   月 | 学   校   名   称 |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
| 主    要    经    历 | 起   止   年   月 | 工  作 单  位  名  称 | 职务 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  本人政治表现 |   |
| 本人专业水平与进修目的或要求 |                                        申 请 者 签 名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 选  送  单  位  意  见 |     负责人签字（必需）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  部门：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                （单位盖章）  日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
|   接受单位审核意见 |                                          （盖章）\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |

 填表说明：为保证进修医师质量，根据本院要求，此表必须由派送单位签署意见后加盖单位公章寄出。并附上：申请人的**医师执业证书、医师资格证书、职称证书、毕业证书等复印件**。证书不全者将无法办理进修登记。