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。