广州市白云区中医医院

**合作医疗单位卫生人员培训申请表**

姓名： 性别 ：（男 女） 年龄 ： 岁

学历： 所学专业 技术职称

参加工作时间： 现任职务

申请培训科目： 形式：见习/实习/进修

培训期限：

所在单位： 单位联系电话：

单位地址： 邮政编码：

个人联系电话： 邮箱：

填表时间： 年 月 日

|  |
| --- |
| 学习的具体内容和要求：  申请人： |
| 所在单位意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 接收单位意见： 同意/不同意  同志到我院 科 专业学习，  时间：从 年 月 日 至 年 月 日。  部门负责人： （盖章）  年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 个  人  学  习  心  得 | （可另纸书写附上）  进修人员签名：    日期： 年 月 日 |
| 进 修 科 室 鉴 定 | 考勤情况：  带教老师：  科室：（盖章）  日期： 年 月 日 |
| 主管部门意见 | （盖章）  日期： 年 月 日 |

注 意：本表格双面打印，申请单位盖章后交白云区中医医院医务科（护理部）。

申请人报到时需同时提交单位介绍信、身份证复印件、执业证复印件。

地 址：广州市白云区人和镇鹤龙七路2号 邮政编码：510470

联系电话：020-86035853 (护理部) 020-61179387（医务科）