重庆大学附属肿瘤医院

进修学习申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性　别 |  | 年　龄 |  |
| 工作专业 |  | 从事本专业年限 |  | 职称∕职务 |  |
| 毕业学校 |  | 最高学历、学位 |  |
| 身份证号 |  | 个人联系电话 |  |
| 选送单位 |  | 单位联系电话 |  |
| 进修起止时间 |    |
| 进修专业及时长 |  |
| 医师资格证、执业证编码 | 资格证号： |
| 执业证号： |
| 护士执业证编码 |  |
| 其他从业资质证名称及编码 |  |
| 学习经历： |
| 工作经历： |
| 现有业务水平： |
| 进修内容、要求： |
| 选送单位意见（请加盖公章）： |
| 备注：1.进修期间需严格遵守我院《进修学习管理制度》，注意自身安全及相关纪律。2.报到时，请携带《进修学习申请表》（盖单位公章、双面打印），身份证、毕业证、学位证、资格证、执业注册证原件及复印件1份，1寸照片，放射物理进修请带好大型医疗仪器设备上岗证。3.联系方式及电话：重庆大学附属肿瘤医院教务部，杜老师，023-65315352。 |