|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  |  **照** **片** |
| **出生年月** |  | **籍 贯** |  | **政治面貌** |  |
| **学 历** |  | **专 业** |  | **毕业时间** |  |
| **毕业院校** |  | **健康状况** |  |
| **工作单位** |  | **职 称** |  |
| **进修起止时间** |  | **联系电话** |  |
| **学****习****简****历** |  **起 止 时 间** |  **毕 业 院 校 及 专 业** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **工****作****简****历** |  **起 止 时 间**  |  **工 作 单 位 及 科 室** |  **职 务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **本****人****政****治****表****现****及****专****业****水****平** |  |
| **进****修****内****容****和****要****求** |  |
| **选****送****单****位****意****见** |  **（盖章） 年 月 日**  |
| **接****收****单****位****意****见** |  **（盖章） 年 月 日** |

**基 层 卫 生 人 员**

**进 修 申 请 表**

 **姓 名**

 **进修科目**

 **进修时限**

 **选送单位**

 **联系电话**

 **填表日期**

 **霍 邱 县 第 一 人 民 医 院**