**医 药 卫 生 人 员 进 修**

**申 请 表**

**进修科目**

**进修期限**

**姓　　名**

**联系电话**

**选送单位**

**江西吉安市中心人民医院**

**年　 月　 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 健康状况 |  |
| 文化程度 |  | 技术职称 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 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 |  |
| 本人外语水平 |  |
| 选意送单位见 |   （盖章） 年 月 日 |
| 接意受单位见 |   （盖章） 年 月 日 |

**吉安市中心人民医院科教科邮箱：kjk8259629@163.com**