

附件 1

山东省戴庄医院

进修人员申请表

姓 名 _____

性 别 _____

年 龄 _____

派送单位 _____

填表日期 _____

姓名		性别		年龄		照片
文化程度		职 称		政治面貌		
工作单位		执业医师证编号				
进修专业		身份证号				
申请进修时间	年 月 日至 年 月 日					
邮 箱		联系电话				
主 要 学 历						
主 要 经 历						
进 修 内 容 与 要 求						
派 送 单 位 意 见						
<p>备注：提交申请表时请附：</p> <p>1、身份证复印件</p> <p>2、毕业证复印件</p> <p>3、执业证书复印件</p>						