青海红十字医院进修申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 贴照片（小2寸） |
| 年 龄 |  | 民 族 |  |
| 学 历 |  | 编 号 |  |
| 政治面貌 |  | 职 称 |  |
| 参加工作时间 |  | 联系电话 |  |
| 所在单位名称 |  |
| 身份证号码 |  |
| 执业证件编号 |  |
| 申请进修科室名称 |  |
| 申请进修时间 | 年 月 日 至 年 月 日 |
| 进修计划 |  ‘ |
| 进修计划单位审核意见 |  盖章（单位公章） 年 月 日 |

 申请人签字：

日 期：