附件

南宁市第四人民医院2017年进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 | |  | 照 片 |
| 职务/职称 |  | | | 文化程度 |  | 党派 | |  |
| 工作单位 |  | | | 单位通讯地址及邮编 |  | | | |
| 参加医疗工作时间 | 年 月 | | | 联系电话（手机） |  | | | |
| 申请进修  专业 |  | | | 申请进修  期限 | 年 月 日至  年 月 日 | | | |
| 是否南宁市第四人民医院[广西艾滋病临床治疗中心（南宁）、广西医科大学附属南宁市传染病医院]传染病专科医疗联合体成员 | | | | | | | □是 □否 | | |
| 本人主要学习和工作经历 |  | | | | | | | | |
| 进修目的要求 |  | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | 印 章  负责人签名: 年 月 日 | | | | | | | | |
| 接收单位教学管理部门意见 | 印 章  负责人签名: 年 月 日 | | | | | | | | |

注：申请进修的人员请提供以下材料：

1.《南宁市第四人民医院进修申请表》原件1份。

2.身份证、毕业证书、资格证书、执业证书、职称证书复印件各1份。

邮寄地址：广西南宁市长堽路二里1号南宁市第四人民医院科教科 邮编：530023

联系人及联系方式：文乐敏 0771-2859431/18077103808 QQ：107324166