**卫生技术人员进修申请表**

姓 名

进修科目

进修时间：

联系电话：

选送单位

**河南省中医药研究院附属医院**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 年 龄 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 联系电话 |  |
| 从事专业情况 |  |
| 主要学历及经历 |  |
| 选送单位意见及要求 |  盖章 年 月 日 |

注意：交表时校验身份证、毕业证书和医师资格证书、执业证书原件