



张家港市中医医院  
Zhangjiagang Hospital Of Traditional Chinese Medicine  
南京中医药大学附属张家港医院

# 进修申请表

JIN XIU SHEN QING BIAO

进修科目\_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_

选送单位\_\_\_\_\_

邮政编码\_\_\_\_\_

联系电话\_\_\_\_\_

填表时间          年    月    日

张家港市中医医院 科教科制

# 申请须知

- 1、详细填写申请表内各项内容，字迹端正，情况属实，附上照片。
- 2、申请进修临床科室医师必须取得《医师资格证书》且大学毕业工作二年以上或大专毕业工作五年以上；医技科室及临床护理进修需专业学校毕业后工作二年以上。
- 3、申请时请附相应证件复印件，报到时带原件审核。临床医师附医师资格证书、执业证书、最后学历证书复印件；护理及其他人员附相关资格证书复印件。
- 4、各临床科室、医技科室进修时间不得少于半年，临床护理进修时间不得少于三个月。进修起始时间统一定为每年的 3 月、6 月、9 月、12 月（每个月第一个工作日办理报道手续）。
- 5、申请表及附件材料一般需提前 2 个月邮寄到我院，审核通过后由我院提前一个月邮寄进修通知。
- 6、申请表及附件材料请寄至：张家港市长安南路 77 号，张家港市中医医院科教科，电话 0512-56380946，邮编：215600。

姓 名		性 别		年 龄		照片
职 称		学 历		政治面貌		
籍 贯		民 族		健康状况		
医院等级		本人手机				
家庭住址						
选送单位地址				邮政编码		
选送单位进修主管部门				联系电话		
申请进修科目				住 宿	自理 ( ) 安排 ( )	
进修时间	三个月 ( )	半年 ( )	一年 ( )	进修起止月份	( )年( )月-( )年( )月	
主要 学习 及工 作经 历	自何年何月起	至何年何月止		学校或单位名称		任 职 情 况
工作表现及 现有业务能 力						
本次进修目 的与要求						

<p>选送单位审查 意见</p>	<p>(选送医院盖章)</p>
<p>批准机关审查 意见 (对口支援单位填写)</p>	<p>(单位主管部门盖章)</p>
<p>接受科室审查 意见</p>	<p>科室意见:</p> <p>签名:</p> <p>年 月 日</p>
<p>接收单位审查 意见</p>	<p>科教科意见:</p> <p>签名:</p> <p>年 月 日</p>
<p>报到时间</p>	<p>来院报到时间: 年 月 日。          报到材料: 齐全 ( ) ; 不齐全 ( ) 缺_____,          请于3个工作日内补齐。</p> <p>接收人签名:</p> <p>年 月 日</p>
<p>备注</p>	