**深圳市第二人民医院医师医药技人员进修申请鉴定表**

|  |
| --- |
| **个人信息** |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  |
| **最高学历** |  | **最高职称** |  | **现任职务** |  |
| **身份证号** |  | **本人手机** |  |
| **专 业** |  |  **执业范围** **（医师必填）** |  |
| **选送单位** |  | **医院级别** | 级 等 |
| **主要学习经历** | **起止年月** | **毕业院校** | **专 业** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **主要工作经历** | **起止年月** | **单位及科室名称** | **职务或职称** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **进修计划** |
| **进修科室** |  | **进修专业** |  |
| **是否住宿** | 🞎是 🞎 否 |
| **进修时间** | 年 月至 年 月共计 个月 |
| **学习内容及目标** |  |

|  |
| --- |
| **进修申请意见** |
| **选送单位意见：**负责人签名： （单位公章）年 月 日 |
| **接收单位意见：**负责人签名： （主管部门盖章）年 月 日 |
| **进修鉴定意见** |
| **自我鉴定：**签名：年 月 日 |
| **进修科室鉴定意见：**带教老师签名：科主任签名：年 月 日 |
| **医院主管部门意见：**负责人签名（盖章）：年 月 日 |