**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 |