附件1

**内蒙古医科大学附属医院**

**进修申请表**

进修科室

进修期限

姓 名

选派单位

**内蒙古医科大学附属医院**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 何时何校毕业 | |  | 最高学历 | |  | 学位 |  | | |
| 工作单位及科室 | |  | | | | 职称 |  | | |
| 家庭地址 | |  | | | | 参加工作时间 |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | 邮编 |  | | |
| 紧急联  系人 | |  | 与本人关系 |  | | 紧急联系人电话 |  | | |
| 主要学历及经历 | 起止年月 学校、工作单位名称 职务 | | | | | | | | |
| 进修目的及学习要求 |  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人政治表现 |  |
| 专业水平 |  |
| 选派单位意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 接受科室意见 | 科室主任： 年 月 日 |
| 教学部意见 | 教学部（盖章）： 年 月 日 |
| 备  注 |  |

填表说明：一式两份，个人信息部分可电子版打印，选派单位意见需加盖公章。

附件2

