附件1

扬州市第二人民医院

医务人员外出进修申请表

申请人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

科 室：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

编 号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 科室 |  | 出生年月 |  |
| 专业 |  | 职称 |  | 取得职称年限 |  |
| 进修医院名称 |  |
| 进修专业方向 |  |
| 进修时间 |  年 月 日至 年 月 日，共（ ）个月 |
| 科室意见：科室同意安排进修，能自行解决科室人员值班及日常工作。科主任签名：年 月 日 |
| 科教科（护理部）意见：主任签名：年 月 日 |
| 分管院长意见：分管院长签名：年 月 日 |
| 院长意见：院长签名：年 月 日 |

注：此表一式两份，申请人自留一份，科教科备案一份。