**首 都 医 科 大 学 附 属**

**北 京 安 定 医 院**

**卫生技术人员进修登记表**

**进 修 生 姓 名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**进 修 科 目\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选 送 单 位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**医 院 等 级\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填 表 日 期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 | |  | | 籍贯 |  |
| 学 历 |  | | | | | 职称 |  | | 职务 |  | | | | 政治面目 |  |
| 身份证号码 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 参加工作时间 | | | | |  | | | | | | 从事精神卫生专业时间 | | | |  |
| 个人邮箱 | | | | |  | | | | | | 手机 | |  | | |
| 医务科或  科教科邮箱 | | | | |  | | | | | | 医务科或  科教科电话 | |  | | |
| 单位地址 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 单位电话 | | | | |  | | | | | | | | | 邮编 |  |
| 工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 进  修  科  目 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 选  送  单  位  填  写 | 政  治  表  现 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 外  语  能  力 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 进修时间 | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 选  送  单  位  意  见 | | （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 进  修  结  业  鉴  定 | | 科  室  意  见 | | 科室负责人： 　　　　 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 考核  成绩 | |  | | | | | | | | | | | |
| 进修  单位  领导  意见 | | （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 发证  审批  意见 | | 结业证号码：  （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备  注 | |  | | | | | | | | | | | |