**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 |  |