**青岛市公共卫生临床中心**

**外 派 进 修 人 员 申 请 表**

**进修性质：（公、私） 填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **出生日期** | |  | **毕业时间** | |  | | |
| **性 别** |  | | **科室** | |  | **学历** |  | | **职称** |  |
| **进修专业** |  | | **进修起止时间** | | |  | | | | |
| **毕业学校** |  | | | **进修单位** | |  | | | | |
| **工 作 经 历** | |  | | | | | | | | |
| **进修专业**  **现有水平** | |  | | | | | | | | |
| **进修专业要求** | |  | | | | | | | | |
| **进 修 费 用** | |  | | | | | | | | |
| **科 室 意 见** | | **签名：** | | | | | | | | |
| **相关职能部门**  **意 见** | | **签名：** | | | | | | | | |
| **科教科意见** | | **签名：** | | | | | | | | |
| **分管院长意见** | | **签名：** | | | | | | | | |
| **院 长 意 见** | | **签名：** | | | | | | | | |
| **备 注** | |  | | | | | | | | |