

广西壮族自治区民族医院

进修申请表

选送单位：

邮政编码：

姓名		性别		出生年月		民族		籍贯		文化程度	
职称		何时毕业何院校何专业				何时参加工作					
单位电话			执业地点					执业助理医师资格证号			
传真电话			执业范围					执业助理医师执业证号			
执业医师、护士执业证号								进修科目			
执业医师、护士资格证号								进修期限			
主要工作 工作简历											
外语水平 业务水平											
要求 进修											
选送单位 意见											
接收单位意见											

年 月 日 (盖章)

年 月 日 (盖章)

广西壮族自治区民族医院地址：明秀东路 232 号 邮编：530001 教学科电话：0771-3137161 (此表可复印)