|  |
| --- |
| **漯河市中心医院进修人员报名表** |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **职称** |  | **学历** |  | **联系方式** |  |
| **派送单位** |  | **现从事专业** |  |
| **进修专业** |  | **进修起止****时间** |  **年 月 日--- 年 月 日** |
| **本人工作经历** |  |
| **目前业务能力** |  |
| **派送单位意见** | **兹介绍我院 同志前往漯河市中心医院进修，请予以接洽。** **负责人签字 盖章****年 月 日** |

备注：

1.进修联系部门为漯河市中心医院科教科，联系电话0395-3330559。

2.进修生报到时，必须携带漯河市中心医院进修人员登记表、身份证、医师资格证、执业证原件及复印件、1寸照片两张。