|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **武汉大学第一临床学院** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **进修人员申请表** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（在职研究生适用）** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 选送单位： | |  | | | | | | | | | |  | |
| 进修者姓名： | |  | | | | | | | | | |
| 进修专业： | |  | | | | | | | | | |
| 邮政编码： | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 教 学 办 公 室 印 制 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址：湖北省武汉市武昌区张之洞路9号 邮编：430060  电话：027-88041911/88041919-88883 | | | | | | | | | | | | | | | |  | 转88883 |
| 身份证复印件粘贴处 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 执业证书复印件粘贴处 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | | 民族 |  | | | 照 片 | | |
| 政治面貌 |  | | 身份证号 | | | |  | | | | | |
| 毕业学校及时间 |  | | | | | | | | 学制 | |  | |
| 学历/学位 |  | | 所在单位  详细地址 | | | | |  | | | | |
| 联系方式 |  | | 现任职务职称 | | | | |  | | | 导师姓名 | |  | | |
| 专业 |  | | 进修时间 | | | | | （ ） 个月 | | | 攻读学位 | |  | | |
| 进  修  内  容  与  要  求 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 学  历  与  工  作  经  历 | 起止年月 | | | | | 就读学校与工作单位 | | | | | | | | | 职务 |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 选送单位  意 见 | 盖章： 年 月 日 |
| 指导教师  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 接收科室  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 对外联络部  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 研究生办公室  意 见 | 盖章： 年 月 日 |
| 教学办公室  审批意见 | 盖章： 年 月 日 |

\* 请正反打印