



武汉大学人民医院（湖北省人民医院）

## 进修人员申请表

选送单位：\_\_\_\_\_

进修申请人：\_\_\_\_\_

进修专业：\_\_\_\_\_

进修时长：\_\_\_\_\_

起止时间：\_\_\_\_\_

教学办公室印制

地址：湖北省武汉市武昌区张之洞路9号，武汉大学第一临床学院教学楼107室

邮编：430060

电话：027-88041911 转 88883

武汉大学人民医院（湖北省人民医院）

一、申请人基本信息					
姓 名		性 别		民 族	
政治面貌		身份证号			
最高学历		毕业学校			
工作单位					
工作部门			担任职务		
从事专业			技术职称		
联系电话			电子邮箱		
工作经历	起止年月	工作单位		职务	
二、申请进修计划					
进修途径	<input type="checkbox"/> 一般途径 <input type="checkbox"/> 我院技术合作单位选送 <input type="checkbox"/> 我院在职研究生				
进修专业			进修部门		
进修时长			起止时间		
学习计划、目标和内容					

三、审核意见	
送选单位意见	盖章： _____ 时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日
进修接收科室 /部门意见	盖章/负责人签字： _____ 时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日  （我院在职研究生来院进修须请研究生导师签字） 导师签字： _____ 时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日
对外联络部/ 研究生办公室 意见	（此栏仅对我院技术合作单位或在职研究生来院进修人员）  盖章/签字： _____ 时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日
教学办公室 意见	盖章： _____ 时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日

**备注：**

1. 此表第 2-3 页请正反面打印；
2. 请附申请人的身份证和执业证复印件；
3. 所有申请资料请装订提交，包含：申请表封面、申请表内容（正反面打印）、身份证复印件、执业证复印件。