

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		(粘贴照片)
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			
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、工作单位意见						
送选单位意见	同意选送至武汉大学人民医院（湖北省人民医院）进修。 盖章（院章）：_____ 时间：_____年____月____日					

备注：申请表请正反面打印，并附申请人相关证件（身份证、资格证书和注册执业证书）复印证一起装订。