联系进修注意事项及进修申请表

**一、申请到我院进修的条件**

1、临床进修生原则上需有本科及以上医学专业学历，取得医师资格和执业证书，在二级及以上医院从事本专业工作二年以上。医技、[护理](http://www.med66.com/asp/wangxiao/hushi/)及其他专业需有中专及以上学历，取得相应执业资格，在二级及以上医院从事本专业工作三年以上。

2、进修时间一般为3个月、6个月或12个月。

3、申请进修人员必须身体健康，遵纪守法，具有良好的政治素质和医德医风。如果申请进修人员处于怀孕期、哺乳期或晋升等其他需要占用较多工作时间的事务时，我单位将暂时不受理进修要求。

4、临床进修人员的注册类别和执业范围须与所申请进修专业相一致。

5. 申请进修人员申请进修须认真、如实地填写进修申请表，经所在单位或上级医疗卫生行政部门盖章审批。

**二、联系部门、电话**

医务部：0571-85827894，联系人：童红，电子邮箱：327622802@qq.com

通讯地址：

医务部：杭州市体育场路453号杭州市中医院（武林院区）8号楼813房间

**医药卫生人员进修**

**申 请 表**

申请进修科别：

申请人姓名：

申请人单位：

申请进修期限：

医务科电话：

申请人电话：

申请人单位地址：

邮政编码：

电子邮箱：

填表时间： 年 月 日

**杭州市中医院制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | | | | 民族 |  | |  |
| 职 称 |  | | | 职 务 | | |  | | 所在科室 | | 妇科 | | | | |
| **最高学历**  （以证书为准） | | |  | | | | 毕业学校 | |  | | | | | | |
| **健 康**  状 况 |  | **是否党**  团 员 | | |  | | | 何时参加医疗工作 | | | |  | | | |
| 执业  证书 | 有□无□ | 发证日期 | | | | |  | | | 注册时间 | | | | |  | |
| 资格证书编号 | | | | |  | | | 执业证书编号 | | | | |  | |
| 本人学历及工作经历 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 目前业务能力（包括外语、计算机水平） |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 进修目的要求 |  |
| 本单位审查意见 | **单位公章:**  年 月 日 |
| **门审核意见**  **上级行政部** | **盖章**    　 年 月 日 |