**成都肛肠专科医院进修生审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 半 身脱 帽相 片 (医院骑缝章) |
| 籍贯 |  | 婚否 |  | 身高 |  | 体重 |  |
| 学历 |  | 专业 |  | 职务 |  |  联系 电话 |  |
| 职称 |  | 执业类别 |  | 执业范围 |  | 执业证书编号 |  |
| 详细通讯地址 |  | 邮编 |  |  邮箱 |  |
| 现执业机构 |  | 机构电话 |  | 传真 |  |
| 拟进修/参观学习时间 |  |
| 主要工作简历 |  |
| 所在医疗机构意见 | 单位（签章） 年 月 日 |
| 学习性质：进修学习/参观学习 |  | 学习费用 |  |
| 接受单位审核意见 |  单位（签章）  年 月 日 |

注：本表一式二份，一份交培训单位保存，一份留执业单位保存。