**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。