

进修申请表

申请人姓名_____

申请进修科室_____

手机号码_____

选送单位名称_____

选送单位地址_____

选送单位联系电话_____



番禺区中心医院

地址：广州市番禺区桥南街福愉东路 8 号 邮政编码：511400

科教科联系电话：020—34858239 或 34858243

护理部联系电话：020—34858261 或 34858262

姓名		性别		年龄		粘贴 照片
目前从事 专业				是否 住宿		
职务			职称			
学历			身份证 号码			
主要 学习 (从大学起) 及 工作 经历	起止时间		学校/单位			学历/职称
进修 时间	年 月 日至 年 月 日 共 月					
进修 目的						

选送 单位 审批 意见	签名： 盖章 年 月 日
接收 单位 主管 部门 审查 意见	签名： 盖章 年 月 日

进修须知

一、进修学员条件：（1）临床医学专业必须具备大专或以上学历；医技、护理及其他专业必须为中专或以上学历。（2）在县级或以上医疗单位从事本专业工作三年以上。

二、进修生须遵守保密原则，在未征得带教老师或病人同意的前提下，不得随意复印、拷贝或拍照录像任何资料，包括病历、各项检查检验结果、检查或手术现场、病人及家属、病房环境和科室各项资料等。

三、进修期间严格考勤，如请假 1-3 天的，须经教学秘书以及科组负责人签名批准；请假 3 天以上的须经科教科批准备案；如因原单位工作需要暂停进修，或提前结束进修，须由原单位出具公函说明情况，已缴纳的进修费则不予退还。进修请假时间大于总进修时间 10%时，须补回相应的时间。

四、进修期间如出现以下情况者，将被取消进修资格，并通知原单位处理：① 违反职业道德规范，收受病人及其家属的“红包”或馈赠物品者；② 进修期间因服务态度差，或责任心不强，而造成医疗事故或严重医疗差错者；③ 不服从进修科室的的领导和工作安排者；④ 组织纪律性差，违反我院考勤规定者；⑤ 违反有关制度按规定应终止进修者。

五、提交《进修申请表》时，请同时提交附件：①**选派单位介绍信原件**、②**执业证复印件**、③**资格证复印件**。复印件用 A4 纸复印，盖入选送单位人事部门的公章，材料不全者不予受理。

六、如实填写我院《进修申请表》，由选送单位的主管部门加具意见后，在进修前一个月寄送我院科教科审批。

进修人员签名：

年 月 日