**进 修 申 请 表**

表单编号F-004-016 版本号202201B

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 免冠近照 |
| 职 称 |  | 学 历 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 从事专业及工作年限 |  | 医院等级 |  |
| 家庭住址 |  | 个人联系电话 |  |
| 选送单位地址/邮编 |  | 单位联系电话 |  |
| 申请进修科目 |  | 进修起止时间 |  |
| 主要学历和工作经历 | 自何年何月起 | 至何年何月止 | 学校或单位名称 | 毕业情况或任职情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 进修目的与要求 |  |
| 选送单位审查意见 |  （单位盖章） |
| 接收单位审查意见 |  |
| 备注 |  | 填表日期 |  |

说明：表内各项内容如实认真填写，填好后单位盖章，连同身份证、学历学位证、执业证、资格证、职称证等材料扫描件发送至邮箱kowloonkjb@163.com，经我院审查通过后，方可来院报到。 我院地址：苏州工业园区万盛街118号，邮政编码215028。联系电话：0512-62629680。