



附件 1

## 广西国际壮医医院 进修人员申请表

姓 名\_\_\_\_\_

进 修 专 业\_\_\_\_\_

进 修 期 限\_\_\_\_\_ (月)

选 送 单 位\_\_\_\_\_

选送单位医院级别\_\_\_\_\_

地 址\_\_\_\_\_

(进修表空格全部填写清楚, 内容必须真实, 作为我院录取基本条件)

拟进修期限 自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至 \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日



姓名		性别		年龄		照片 (小二寸)
民族		政治面貌		学历		
职称		现任职务		健康情况		
选送单位与我院合作关系	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 对口帮扶 <input type="checkbox"/> 医联体 <input type="checkbox"/> 专科联盟					
身份证号			手机			
电子邮箱			单位电话			
执业证书编号			资格证编号			
现任何种专业 熟悉程度						
个人简历 (包括学历)	年 月 日			在何学校(机关)任何职务		
本人拟进修 何种专业有何要求						
选送单位意见 (盖章)	单位意见:   签字(盖章): _____ 日期: _____ 年 月 日					

注:完成表格填写并盖章后请发扫描件至我院医务部邮箱 [gxgjzyyyywb@163.com](mailto:gxgjzyyyywb@163.com), 确定录取后, 我院会以邮件的形式发送录取通知, 请注意查收。