**医药卫生人员进修申请审查**

**鉴 定 表**

申请人姓名

申请进修科目

申请人单位

申请人单位地址

申请人单位电话

申请人个人电话

电子邮箱（单位或个人）

邮政编码

填表时间

**广西医科大学第三附属医院**

**南宁市第二人民医院**

**二〇一九年七月制表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生  年月 | |  | 民族 |  |
| 职称 |  | | 职务 | |  | | 科室 |  | |
| 学历 |  | | 毕业  学校 | |  | | | | |
| 参加工作时间 |  | | 健康  状况 | |  | | 政治面貌 |  | |
| 执业证书及编号 |  | | | | 注册  时间 | |  | | |
| 资格证书及编号 |  | | | | 发证  时间 | |  | | |
| 其他证书及编号 |  | | | 发证  时间 | |  | | | |
| 主要学历及  工作经历 |  | | | | | | | | |
| 目前业务能力 |  | | | | | | | | |
| 政治思想表现 |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 进修科目及  期限 | 进修科目：  进修时长：一年（ ）、半年（ ）、3个月（ ），其他：  拟计划来我院进修日期： 年 月 | | | | | |
| 进修目的要求 |  | | | | | |
| 选送单位意见 | 盖章  年 月 日 | | | | | |
| 接收科室审查意见 | 负责人签名：  年 月 日 | | | 接收单位审查意见 | 负责人签名：  单位盖章：  年 月 日 | |
| 接收单位信息及  进修说明 | 一、单位信息  网址：<http://www.nn2yy.com>  地址：广西南宁市江南区淡村路13号 邮编：530031  联系部门：南宁市第二人民医院科教部/护理部（护理人员）  联系方式：科教部联系电话：0771-4808236 电子邮箱：[seyykjk@126.com](mailto:seyykjk@126.com)  护理部联系电话：0771-4808168 电子邮箱：[hlb2022@163.com](mailto:hlb2022@163.com)  二、说明  1.本申请表可在“南宁市第二人民医院”官网“科研教学”（资料下载）下载。  2.进修人员填写本表后请在15日前将扫描件发科教部 (护理进修人员发到护理部) 邮箱，也可寄到我院科教部或护理部，经科教部或护理部审核通过后于20日（或前后工作日）通过邮件发录取通知，原则上15日前提交本表后将安排在次月进修，如在15日后提交，将再延续一个月。学员进修报到时间原则上是次月第一个工作日，请学员根据录取通知要求按时报到，如特殊情况不能按时报到者必须有单位说明，否则逾期重新申报。  3.进修人员原则上要求有执业证，临床科室进修≥6个月，护理、医技科室进修≥3个月，进修期满后，经考核合格，医院方可发放相应专业结业证书。 | | | | | |
| 进修生自我鉴定：    签名：    年 月 日 | | | | | | |
| 考核成绩 | | 理论成绩：  技能成绩： | 主考老师签名 | | |  |
| 科室鉴定：  指导老师签名： 科室负责人签名：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |
| 医院鉴定：  盖 章  年 月 日 | | | | | | |