

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 _____

南宁市第二人民医院

广西医科大学第三附属医院

二〇二三年十月制表

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	<p>一、单位信息</p> <p>网址：http://www.nn2yy.com</p> <p>地址：广西南宁市江南区淡村路13号 邮编：530031</p> <p>联系部门：南宁市第二人民医院科教科/护理部（护理人员）</p> <p>联系方式：科教科联系电话：0771-4808520 电子邮箱：seyykjk@126.com</p> <p> 护理部联系电话：0771-4808168 电子邮箱：h1b2022@163.com</p> <p>二、说明</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本申请表可在“南宁市第二人民医院”官网“科研教学”（进修学习）下载。 2. 进修人员填写本表后请在15日前将扫描件发科教科（护理进修人员发到护理部）邮箱，也可寄到我院科教科或护理部，经科教科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，行政职能、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，不满规定时间则发放鉴定表。 4. 进修者需是60岁以下在职人员，身体健康，如正在治疗重大疾病的人员、怀孕以及哺乳期等均不接收进修。 		

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：

年 月 日

科室负责人签名：

年 月 日

医院鉴定：

盖 章

年 月 日