附件2

**禄劝彝族苗族自治县中医院外出进修学习人员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 政治面貌 |  |
| 科室 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 参加工作时间 |  | 工作年限 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 拟进修城市 |  | 拟进修单位 |  |
| 拟进修专业 |  | 拟进修时间 |  |
|  个人 简历 |  |
| 外出进修计划 |  |
| 所在科室意见 | 签 字： 年 月 日 |
| 职能部门意见 | 签 字： 年 月 日 |
| 分管领导意见 |  签 字： 年 月 日 |
| 院长办公会（或党总支）意见 |  年 月 日 |