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 | | | | | | | | | | | | |