附件1 **常州三院外出进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 | |  | 科室 | |  | | 专业 |  | |
| 学历 |  | | 学位 |  | | | 职称 |  | | | 我院开始工作时间 | | |  |
| 申请进修专业 | |  | | | 申请进修单位 | | | |  | | | | | |
| 进修时间类别 | | □一年 □半年 □三个月 □一个月 □其他（ ）  拟进修时间： 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 进修住宿安排 | | □进修单位安排 | | | | | | | | | | | | |
| □自行解决 | | | | | | | | | | | | |
| 进修费用 | | | | | | 个人垫付，凭进修合格证按财务制度报销 | | | | | | | | |
| 科室负责人意见及签名  （不影响科室工作安排） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 医务科、护理部、药事科等管理部门意见及签名 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 科教科审核意见 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 院领导讨论意见 | | | | | | | | | | | | | | |