附件2

湖南航天医院医疗卫生专业技术人员外出进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （免冠近照） |
| 政治面貌 |  | 职称 |  | 参加工作年月 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  | 最高学历 |  |
| 拟进修医院 |  | 拟进修专业 |  | 计划起止年月 |  |
| 本次进修是否列入年度计划：□是  □否 | 进修内容是否为本学科重点方向：□是 □否 |
| 学习经历（从大学写起） | 起止年月 | 学校（机构） | 专业 | 取得学历 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 单位、科室 | 岗位 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 申请人承诺及签名 | 本人已认真阅读我院关于外出进修学习的制度文件，现承诺将严格按规定努力认真学习，提升能力服务医院。进修期间坚持遵纪守法，遵守本院及进修医院有关规定，学习结束后及时返院工作，并依照规定的程序和集团财务共享中心有关规定进行费用报销，超标部分自理。以上个人申报和承诺内容完全真实，若有不实和违规，一切后果自负。申请人签字： 年 月 日 |
| 科室意见 | 科主任（护士长）签名： 年 月 日 |
| 业务主管部门意见（医务部或护理部） | 签名： 年 月 日 |
| 人力资源部意见 | 签名： 年 月 日 |
| 科教部意见 |  （盖章）签名： 年 月 日 |
| 业务主管领导意见 | 签名： 年 月 日 |
| 科教主管领导意见 | 签名： 年 月 日 |
| 院长审批意见 | 签名： 年 月 日 |

说明：中短期进修须主管领导审批，长期进修需院长审批。