附件1：

**重庆市公共卫生医疗救治中心**

**进修资格申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | 性 别 | | |  | | | 出生年月 | | |  | 文化程度 | |  |
| 政治面貌 | | | |  | 参加工作时间 | | |  | | | 行政职务 | | |  | 技术职称 | |  |
| 医师执业证号  （仅医师填写） | | | | |  | | | | | | 医师执业范围  及获得时间 | | | |  | | |
| 医技护资格证获得时间 | | | | |  | | | | | | 其他技能证书  （大型仪器操作证等） | | | |  | | |
| 身份证号 | | | | |  | | | | | | 单位联系电话（含区号）： | | | |  | | |
| 个人联系电话 | | | |  | | |
| 毕业院校 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 单位详细通讯地址 | | | | |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 何时、何地受过  何种专业训练 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 病房进修请从下列科室中进行选择，各病区不得低于2个月，医师进修总时长不得低于6个月：  急诊科、综合内科、结核科（共设6个病区，分别为结核合并尘肺病区、结核合并糖尿病病区、耐药结核病病区、结核性脑膜脑炎病区、结核合并药物性肝损伤及支气管结核病区）、肝病科、感染科、胸外科、外科、医学影像科、特检科、检验科、心内神内科、肾内内分泌科、药剂科、妇产科、麻醉科、手术室、重症医学科、呼吸老年科、康复科、其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  专科培训科室，根据科室接收能力安排：微创介入中心、中心实验室。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 拟进修科室（病区）及时长  （单位：月） | | | | | | | 专科培训科室及时长（单位：月） | | | | | 计划来院进修时间 | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
|  | | 任 职 期 限 | | | | | | | | 学习/工作单位 | | | | | | 职 务 | |
| 自何年何月起 | | | | 至何年何月止 | | | |
| 最高学历 | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 工作经历 | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 选送单位  审查  意见 | 选送科室 | | 科主任签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医教科 | | **证件名称** | | | **复印是否完整** | | | **证书真实性初查** | | | | **备注** | | | | |
| 《身份证》 | | | 完整、缺项 | | | 有效 | | | |  | | | | |
| 《学历证》 | | | 完整、缺项 | | | 有效 | | | | 博　　硕　　　本科　　　专科　　　中专 | | | | |
| **审查意见：**　 □合格 □不合格  □同意派送并保证脱产进修时间  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　审查人：　　年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | | 签 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

说明：

1. 申请者必须符合以下基本条件：

①政治合格（无违法记录和违法倾向），职业道德良好，无不良从业道德记录，身体健康。

②原则上临床医疗进修人员应具有大学本科（含本科）以上学历，医技科室进修人员应具有大专（含大专）以上学历（2级及区县基层医院可适当降低标准录取）。

2. 有效申请包括：

①本表1张。

②附件1套：最高学历《毕业证》、执业医师证及医师（技师）资格证（技师大型设备上岗证）、有效身份证件复印件各1份。

注：申请表及证书复印件一律使用A4纸张，表格填写不得缺项，附件不得缺少，否则申请无效。

3. 联系地址：重庆市沙坪坝区歌乐山保育路109号（歌乐山森林公园旁）

重庆市公共卫生医疗救治中心科教科 （邮编：400036，电话：023-65503753） 联系人：朱玮洁

[请申请人填完表后，先发送未盖章的电子版至科教科邮箱cqsgwzxkjk@163.com](mailto:请申请人填完表后，先发送未盖章的电子版至科教科邮箱cqsgwzxkjk@163.com)。收到报到通知后，报到时携带原件即可。