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。收到报到通知后，报到时携带原件即可。