

# 广西壮族自治区民族医院

## 进修申请表

选送单位：

邮政编码：

姓名		性别		出生年月		民族		籍贯		文化程度	
职称	何时毕业何院校何专业			何时参加工作							
单位电话	执业地点			执业助理医师资格证号							
传真电话	执业范围			执业助理医师执业证号							
执业医师、护士执业证号							进修科目				
执业医师、护士资格证号							进修期限				
主要工作经历											
业务外语水平											
进修要求											
选送单位意见	年 月 日（盖章）										
接收单位意见	年 月 日（盖章）										