附件1

新乡医学院第二附属医院

河南省精神病医院

卫生技术人员进修申请考核表

进修科目

姓 名

选送单位

起止时间

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照  片 |
| 学历 |  | | | | 职称 |  | | 职务 |  | |
| 籍贯 |  | | | | 政治面貌 |  | | 科室 |  | |
| 参加工作时间 | | | |  | | 从事精神卫生工作时间 | | |  | |
| 单位电话 | | | |  | | 本人电话 | |  | | 电子邮箱 |  |
| 单位地址 | | | |  | | | | | | 邮编 |  |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | |
| 选  送  单  位  填  写 | | 政  治  表  现 |  | | | | | | | | |
| 业  务  外  语  能  力 |  | | | | | | | | |
| 选 意  送  单  位 见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 接 意  受  单  位 见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |

结业考核和鉴定

|  |  |
| --- | --- |
| 个  人  鉴  定 | 年 月 日 |
| 进  修  科  室  鉴  定 | 出勤情况：全勤 天，病事假 天， 旷工 天。  成绩考核：    科室主任签字： 年 月 日 |
| 组  织  鉴  定 | （盖章） 年 月 日 |

注：本表用A4纸打印，一式两份。