附件1：

编号：

**徐州医科大学附属医院**

**进 修 申 请 表**

选送单位名称

单位邮政编码

进修人员姓名

进修人员手机

进修专业名称

填表日期 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 所属党派 |  | 健康状况 |  |
| 所在科室 |  | 职 称 |  | 执业医师 是 □ 否 □ |
| 最后学历： 年 学校 专业毕（结）业 |
| 主要简历： |
| 过去和现在担任教学、医疗、科研情况： |
| 掌握外语的情况： |
| 本人政治表现： | 医师资格证号 |  |
| 执业医师证号 |  |
| 身份证号 |  |
| 毕业证书号 |  |

|  |
| --- |
| 科室对进修人员业务水平的意见：（包括申请进修期限）科室负责人签字（盖章） 年 月 日  |
| 科室选派进修人员的目标和要求：科室（盖章） 年 月 日   |
| 审 查 意 见 | 选送单位意见选 送 单 位 意 见 |  （盖章）年 月 日  |
| 审 核 意 门 审 核 意 见 上 级 行 政 部 门 |  （盖章）年 月 日 |
| 接 收 单 位 意 见 |  （盖章）年 月 日 |
| 核定进修期限： 自 年 月 至 年 月 共计： |

结 业 考 核 和 鉴 定

|  |  |
| --- | --- |
| 个 人 鉴 定 |  |
| 所 在 科 室 意 见 |   （盖章）年 月 日 |
| 成 绩 考 核 |   科室负责人签名 （盖章）年 月 日  |
| 组 织 鉴 定 |  （盖章）年 月 日 |
| 备注 备 注 |  |

 徐州医科大学附属医院

 附件2：

徐州医科大学附属医院进修情况测评表

测评科室： 测评人签字：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 政治思想情况（优秀、良好、合格、不合格） | 劳动纪律情况（优秀、良好、合格、不合格） | 日常表现情况（优秀、良好、合格、不合格） |
|  |  |  |
| 理论知识测试成绩（分） |  |
| 临床技能考核内容 |  | 临床技能考核成绩（分） |  |
| 科室评价 |

填表说明：100-90分为优秀；80-89分为良好；70-79分为合格；70分以下不合格。