郑州大学第三附属医院 河南省妇幼保健院

基层产科医师培训人员进修表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 职称 |  | 相  片 | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 联系方式 |  | | | | | |
| 进修时间 | 年 月至 年 月 | | | | | | | |
| 医师（技师）资格 | 证书编码 | | | |  | | | |
| 发证机关 | | | |  | | | |
| 发证日期 | | | |  | | | |
| 执业证书 | 证书编码 | | | |  | | | |
| 发证机关 | | | |  | | | |
| 发证日期 | | | |  | | | |
| 执业地点(与证书显示必须完全一致) | | | |  | | | |
| 简 历 | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 主要学习和工作经历 | | | | | | 职称 |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
| 选送单位意见 | | 签字 盖章 年 月 日    备注：选送单位领导签字须知，因国家医疗处理条例的颁布执行，我院规定进修人员在我院学习期间如发生任何医疗事故，将由选送单位负全部责任。签字表示同意此条款。 | | | | | | |