

贵州医科大学附属医院进修申请表

姓名		性别		年龄		民族		照片 一寸红底		
单位 全称				医院 等级		技术 职称				
何时何医学院校毕业及专业						文化 程度				
医师（护士）资格证书编码						签发 日期		执业 类别		
医师（护士）执业证书编码						签发 日期		执业 范围		
主要 工作 经历 及目 前本 专业 理论 与技 能水 平情 况										
进 修 科 目						进 修 期 限		是 否 住 宿		
进 修 要 求						白 大 衣 号		护 士 鞋 码		
选送单位意见	年 月 日（印章）									
接收单位意见	年 月 日（印章）									
选送单位医务 科或办公室电话				社会统一信用代码					本 人 电 话	
备注										

要求1、 医生提供《毕业证书》、《医师资格证书》、《医师执业证书》；护士提供《毕业证书》、《护士资格证书》、《护士执业证书》；医技附《毕业证书》和与本专业有关的资格证书正反面复印件（复印件须用A4纸复印，加盖单位公章，注明是否与原件相符），材料不全我院将不予受理。

- 2、 我院每年3月和9月分别招收进修生，拟前往我院进修者，需提前二个月填表申请。
- 3、 培训方案、招生计划等可登录<http://www.gmcah.cn/>（官网主页-临床教学）了解下载
- 4、 联系电话：0851-86817477（兼传真）；联系人：李老师
- 5、 联系地址：贵阳市云岩区北京路9号贵州医科大学行政10楼临床教学部；邮编：550004