

附件 2

香港大学深圳医院 专业进修申请表

进修科别_____

姓 名_____

选送单位名称_____

选送单位地址_____

单位联系电话_____

个人联系电话_____

电子邮箱_____

填表时间_____年____月____日

教学部版次：第 4 版，2022 年 5 月 20 日修订

姓 名		性 别		年 龄		张贴 相片
学 历		参加医疗 工作时间		健 康 状 况		
所 在 科 室		职 务		职 称		
政 治 面 貌		民 族		籍 贯	省	县（市）
医师（护士） 资格证书编号				医师（护士） 执业证书编号		
学 习 及 工 作 经 历						
目 前 业 务 能 力						

教学部版次：第 4 版，2022 年 5 月 20 日修订

进 修 目 的 要 求		进 修 时 间 安 排	____年__月__日 至 ____年__月__日 共__个月
选 送 单 位 意 见	签名： (加盖公章) 年 月 日		
医 院 接 收 科 室 意 见	<input type="checkbox"/> 同意接收 <input type="checkbox"/> 不同意接收 进修费用： <input type="checkbox"/> 收费，____元/月，合计____元 <input type="checkbox"/> 免费（需附合作项目佐证材料）		
教 学 部 审 核	签名： 年 月 日		
医 院 领 导 意 见	签名： 年 月 日		

教学部版次：第 4 版，2022 年 5 月 20 日修订

结业鉴定及考核成绩

个人 鉴定	年 月 日						
科室 考核	轮转专业		轮转时间	年 月 日 至			年 月 日
	考勤记录	<input type="checkbox"/> 全勤		<input type="checkbox"/> 病假	天	<input type="checkbox"/> 事假	天
	医德 鉴定						
	技能 鉴定						
	医疗 文件 鉴定						
	成绩 (打√)	医德	优、良、可、差	技能	优、良、可、差	医疗 文件	优、良、可、差
科室负责人（授权代表）意见： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 签名： 年 月 日 </div>							
教学 部备 案	盖章： 年 月 日						