|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  山东第一医科大学附属青岛眼科医院 | | | | | | | | | | | | | |
| 进修申请审查表 | | | | | | | | | | | | | |
| **姓 名** | |  | | **性 别** | |  | **年 龄** | |  | | 近期彩照 | | |
| **职 称** | |  | | **任职时间** | |  | **政治面貌** | |  | |
| **移动电话** | |  | | | | | **填表时间** | |  | |
| **E-mail** | |  | | | | | | | | |
| **单位名称** | |  | | | | | **邮政编码** | |  | |
| **单位电话** | |  | | | | | **传 真** | |  | |
| **详细地址** | |  | | | | | | | | | | | |
| **单位情况** | | 眼科病床\_\_\_\_\_张，专职眼科医师数\_\_\_\_名，眼科护理人员\_\_\_名 | | | | | | | | | | | |
| **工作简历** | | 年毕业于 大学，获 学历（最高） | | | | | | | | | | | |
| 从事眼科临床工作从 年起共 年， 已掌握眼科临床手术及操作技能： | | | | | | | | | | | |
| 近三年来发表论文 篇，获基金资助 项 | | | | | | | | | | | |
| **计划进修时间** | | 年 月—— 年 月 | | | | | | | | | | | |
| **单位推荐意见** | | 政治思想： | | | | | | | | | | | |
| 业务水平： | | | | | | | | | | | |
| 医师上述填写情况属实，同意安排其进修学习，并积极支持对其的培养工作。 | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| **提供证件** | | ①大学毕业证； ②医师、护理执业资格证；③执业注册证复印件；④职称证书（复印件由单位盖章） | | | | | | | | | | | |
| **申请进修专科** | 角膜病科 | |  | | 白内障科 | | |  | | 特检科\* | |  |
| 青光眼科 | |  | | 斜视与小儿眼科 | | |  | | 麻醉科\* | |  |
| 眼底病科 | |  | | 神经眼科 | | |  | | 检验科\* | |  |
| 眼视光与角膜接触镜科 | |  | | 葡萄膜炎科 | | |  | | 护理（手术室） | |  |
| 角膜屈光科 | |  | | 眼眶与眼整形科 | | |  | | 护理（病房、门诊） | |  |
| 注：请在所选择的科室后打“√”，所选择科室来院后一般不再作更改 | | | | | | | | | | | |
| **申请进修期限** | 三个月 | |  | | 1. 进修三个月者，自选一个科，其余由医院统一安排。一般不接受三个月以内的进修 | | | | | | | |
| 六个月 | |  | |
| 九个月 | |  | | 2. 进修半年及以上者，自选两个科，其余由医院统一安排。 | | | | | | | |
| 一年 | |  | | 3. 进修一年者，自选三个科，其余由医院统一安排。 | | | | | | | |
| **注意事项及填表说明** | 1.用正楷字填好此表后由单位推荐、盖章并连同前述证件寄回。 2.青岛眼科医院医务部收到来信后将于一周内回信，如需查询是否收到，可电话或E-mail查询。 3.等候安排时间约1-3个月,入学前1个月左右将有进修回执通知,凭回执报到。 4.如超出半年未安排，请电话或E-mail查询。 5.填写字迹潦草不能辨认将会影响安排学习。 | | | | | | | | | | | |
| **进修联系** | 地址：青岛市市南区燕儿岛路5号 山东第一医科大学附属青岛眼科医院医务部 266071 | | | | | | | | | | | |
| 电话：0532-85899231 E-mail：sydqyyw@163.com | | | | | | | | | | | |