|  |
| --- |
| 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 |