上海市同济医院

医生进修申请表

进修科目

姓 名

选送单位

年 月 日

进修申请填写须知

一、申请人必须本着认真、实事求是的态度填写本表。

二、填写请用钢笔填写，也可电子版打印。

三、进修专业、目的、原有专业水平须详细写明。

四、进修生条件：

临床专业：1）医师必须具有执业证、资格证

2）本科毕业，从事专业工作一年以上。

大专毕业，从事专业工作二年以上。

中专毕业，从事专业工作四年以上。

医技科室： 大专毕业，从事专业工作二年以上。

中专毕业，从事专业工作三年以上。

五、进修费标准：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 一个季度 | 二个季度 | 三个季度 | 全年 |
| 内系、医技、行政 | 3000元/每人 | 6000元/每人 | 9000元/每人 | 12000元/每人 |
| 外系科室（包括：心血管内科、神经内科（肉毒素治疗）、皮肤科） | 4000元/每人 | 8000元/每人 | 12000元/每人 | 16000元/每人 |
| 整形美容外科 | 5000元/每人 | 10000元/每人 | 15000元/每人 | 20000元/每人 |

六、进修期间，进修生工资、奖金、医药费、卫生津贴及其他待遇均由原单位支付，往返差旅费由原单位报销，市内车费自理。中途退出或终止进修，进修费不退。

七、申请表在填写单位意见并加盖公章后生效。

八、本院发出同意接收通知后，请进修人员按照进修通知内容预作准备。

上 海 市 同 济 医 院

医 务 处

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | 健康状况 |  |
| 文化程度 | |  | 是 否  党团员 |  | | 何时参加工 作 |  | 职 务 |  |
| 所在科室 | |  | | | | 现在  工作单位 |  | | |
| 申请进修科室 | |  | | | | 是否需要  进修通知 | □是 □否 | | |
| 学习期限 | | 年 月 — 年 月 | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | |  |  | | |
| 主 要 学 历 | | 起 止 年 月 | | | 学 校 名 称 | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
| 主 要 经 历 | | 起 止 年 月 | | | 工 作 单 位 名 称 | | | | 职 务 |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
| 本 人 政 治 表 现 |  | | | | | | | | |
| 进 修 的 目 的 要 求  本 人 专 业 水 平 与 |  | | | | | | | | |
| 本人外语水平 |  | | | | | | | | |
| 意 见  选送单位 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核意见  接受单位科室 | 科主任签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核意见  接受单位 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备 注 | 1. 请把盖章后进修申请表、医师资格证和执业证复印件和身份证复印件一起扫描成PDF文件发送至邮箱上传至：邮箱地址：[tjyyjxsqb\_2@163.com](mailto:tjyyjxsqb@163.com)。 2. 申请放射诊疗相关科室学习，必须具有相应的大型仪器上岗证、放射体检报告。如无法提供报告者，可在上海市体检，费用自理，同时进修人员需拿到体检结果后（一般一个月后）方可入科进修。报到时提供以上资料复印件。 3. 联系电话：021－66111303、66111317医务处 | | | | | | | | |