

四川省第二中医医院 卫生人员进修申请表

申请人姓名：_____

电子邮箱：_____

联系电话：_____

进修科目：_____

选送单位盖章：_____

承诺书

四川省第二中医医院：

根据贵院的卫生人员进修招生简章，我院/单位将选送_____到贵院进修学习，为了其在贵院进修学习期间，能够适应新的环境，高质量顺利完成学业，我们承诺自愿遵守以下要求：

一、进修学员资质符合以下条件（在符合的项目前“□”内打“√”）：

- 1. 进修临床科室医师：本科及以上学历，具有医师资格证、医师执业证，从事相关专业工作3年（含）以上；
- 2. 进修医技科室技师：本科及以上学历需从事相关专业工作2年（含）以上、专科学历需从事相关专业工作3年（含）以上，具有技师相应的资格证、执业证、技术职称证或上岗证；
- 3. 进修临床科室护士：大专及以上学历，具有护士执业证，从事相关专业工作3年（含）及以上；
- 4. 进修学员进修专业与执业范围相符，执业地点与选送单位一致；
- 5. 进修学员熟悉所进修专业的理论及操作技能，具有一定独立工作能力，能完成相应诊疗及教学活动；
- 6. 进修学员具有良好的政治素养、医德医风和团队协作精神；
- 7. 进修学员身心健康，女性进修学员未在孕期及哺乳期。

二、进修学员应遵的规定：

我院/单位选送我到贵院进修，将严格遵守国家的法律法规和《四川省第二中医医院进修管理规范》，切实做到（1）按时报到、离院，按贵院规定缴交学习等费用；（2）廉洁行医，依法行医，以德行医，严格遵守各项诊疗常规和操作规程，确保医疗质量，严防医疗差错事故发生；（3）若违反相关规定，造成贵院患者权益侵害、医院社会声誉或财产损失时，要按有关法规和规定承担赔偿责任及其他相关责任；（4）若中途自行中止进修或违反以上规定被贵院除名辞退，不要求贵院退款。

承诺单位盖章：

承诺人（进修申请人）签字：

年 月 日

一、进修学员基本信息

姓名		性别		年龄	
职称		职务		政治面貌	
毕业学校		学历		专业	
执业注册类别		执业注册单位			
联系电话		身份证号			
主要 学历 教育 经历	起止年月		就读学校及专业		
主要 工作 经历	起止年月		在何单位从事何专业工作		
主要业绩:					

二、进修意向与审批意见

申请进修科目		进修期间	年 月 日— 年 月 日		
其他说明事项					
			申请人签名: 年 月 日		
选送单位审批意见:					
			单位公章: 代表签字: 年 月 日		