附件1

保山市中医医院进修申请表

（护理）

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名： |  |
| 进 修 专 业： |  |
| 进 修 期 限： | □长期 □短期 □专题 |
| 进 修 时 间： | 年 月 日至 年 月 日 |
| 选 送 单 位： |  |
| 选送单位地址： |  |

年 月 日

**（注：本表格基本信息请电子版填写，A4纸双面打印）**

进修人员须知

1. 学员报到时须携带①进修申请表（加盖选送单位公章）一份、②身份证及执业证、职称证复印件、③一寸免冠照片（2张）于每月初第1个工作日，至我院科教科办理进修手续。凡手续和证照不全、不实者，一律不予办理进修。
2. 根据《保山市医疗卫生专业技术人员进修学习管理办法（试行）》要求，个人需要填写《保山市医疗卫生专业技术人员进修学习申请表》，按要求报卫生主管职能部门同意。
3. 进修人员根据申请进修时间按时报到，逾期3日未报到者，不予接收。进修结束日期**当日**到科教科领取个人进修申请表，完成个人及科室鉴定，**次日**办理结业（如遇周末可提前或延后1天），非本人、逾期超过3日者将不予以办理。专题进修1个月者只出具进修证明，进修3个月及以上者出具进修结业证书，进修证明及结业证书遗失不再补办。

四、进修期限：长期：6个月至1年、短期：3个月、专题：1个月

五、进修人员身体健康，原则上年龄在50岁以下，对患有传染病、慢性疾病、妊娠期、哺乳期以及在进修期间有晋升、调动、考试、上学等特殊情况者，不予以接收进修。

六、进修人员自备工作服、护士鞋、护士帽等。

七、我单位不提供住宿，来办理进修前自行解决住宿；自驾车辆的院内停车需自行缴费；可享受职工食堂待遇。

八、临床进修期间上班及休息时间服从科室安排，进修学习期间原则上不参加原单位的会议活动。进修期间若发生时间及科室变更，需提交书面申请并征得所在单位同意、签字盖章后至科教科备案，并由单位发函。

九、遵守我院工作时间，不得无故迟到、早退或缺勤，值班时不擅离岗位，刻苦学习，按要求完成进修任务。

十、进修期间，不得享受探亲假、婚假，不准攒假和私自换班，有特殊情况必须请假备案。病假：三天以内由科室审批，超出三天持我院或其他三甲医院开具的病情证明；事假：三天以内由科室审批，超出三天必须由原单位主管部门来函请假（凡口头说明、电话请假一概无效）。请假必须填写《进修人员请假申请表》到科教科备案，超过一周应顺延进修时间。请假超时不归者按终止进修处理。

十一、联系方式：科教科0875-2198377，护理部0875-2121148。

进修人员承诺书

为了便于规范管理，防止医、技、药、护进修生到保山市中医医院进修学习期间发生医疗事故、差错，根据《保山市中医医院外来进修人员管理办法》：

**进修生选送单位**向进修生接收单位郑重承诺：选送的医务人员具有专业执业资格，并有责任及义务督促选送人员到保山市中医医院进修学习期间全脱产，严格遵守医院和科室的各项规章制度，诊疗规范和操作流程，并与进修生本人共同承担因其处理不当、操作失误等原因而发生的医疗事故、差错的责任赔偿，以及因此造成精密、贵重仪器损坏的赔偿。

同时，**进修生本人**也郑重承诺：全脱产在院进修，学习期间，严格遵守国家法规和院纪院规，保持良好的医德医风，服从科室的安排，刻苦学习，按要求完成进修任务。

选送单位及进修人员完成上述承诺的，并履行进修报到程序，我单位按进修学习计划为进修生选送单位培养实用人才。

选送单位负责人（签字）：

进修学员（签字）：

选送单位 （盖章）

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | | |  | | | | 年龄 | |  | | | 民族 | |  | | | 照  片 | | |
| 籍贯 | |  | | | 政治面貌 | | | |  | | | | | 健康状况 | | | |  | | | |
| 职称 | |  | | | 手机 | |  | | | | | | 身份证号 | | |  | | | | | |
| 工作单位及科室 | | | | |  | | | | | | | | 单位电话 | | |  | | | | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 邮编 | | |  | | | |
| 毕业院校及专业 | | | |  | | | | | | | | | 学历 | | |  | | | | 学位 | | | |  |
| 申请进修专业 | | | |  | | | | | | | 进修时间 | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 护士执业证书编码 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 进  修  目  的  及  要  求 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要工作经历 | 起止时间 | | | | | | | | | 工作单位及科室 | | | | | | | | | | | | | 职称 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 本人政治表现 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人现有业务水平 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接收单位意见 | 科室意见 | | | | | 护士长：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医院意见 | | | | | 科教科（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

进修结业考核和鉴定

|  |  |
| --- | --- |
| 个  人  鉴  定 |  |
| 科室鉴定 | 护士长：  年 月 日 |
| 医院鉴定 | 医院鉴定：  该同志自 年 月 日至 年 月 日在我院 科进修学习 个月，现已结束进修，于 年 月 日办理结业，离开我院。  进修结业证书编号：保中医护字 号  科教科（盖章）：  年 月 日 |

附件2

保山市医疗卫生专业技术人员进修学习申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 民族 | |  | | | 出生年月 | |  |
| 政治面貌 |  | | 职称 |  | | | | | | 职务 | |  |
| 毕业学校 |  | | 专业 |  | | 学历 | |  | | 学位 | |  |
| 现从事专业 |  | | | 参加工作时间 | | | |  | | 工作年限 | |  |
| 籍贯 |  | 联系电话 | |  | | | | E—mail | | |  | |
| 进修类别 | □长期 □短期 □专题 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 单位 |  | | | 所在科室 | | | | |  | | | |
| 拟进修单位 |  | | | 拟进修专业 | | | | |  | | | |
| 拟进修时间 |  | | | | | | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 外出进修  计划 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在科室  意见 | 科主任签名：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 所在单位  意见 | 签字：  （盖章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |