

香港大学深圳医院

专 业 进 修 申 请 表

进修科别_____

姓 名_____

选送单位名称_____

选送单位地址_____

单位联系电话_____

个人联系电话_____

电子邮箱_____

填表时间_____年____月____日

姓 名		性 别		年 龄		张贴 相片
学 历		参加医疗 工作时间		健 康 状 况		
所 在 科 室		职 务		职 称		
政 治 面 貌		民 族		籍 贯	省 县（市）	
医师（护士） 资格证书编号				医师（护士） 执业证书编号		
学 习 及 工 作 经 历						
目 前 业 务 能 力						

进 修 目 的 要 求		进 修 时 间 安 排	____年__月__日 至 ____年__月__日 共__个月
选 送 单 位 意 见	签名： （加盖公章） 年 月 日		
医 院 接 收 科 室 意 见	☐ 同意接收 ☐ 不同意接收 进修费用： ☐ 收费，____元/月，合计____元 ☐ 免费（需附合作项目佐证材料） 签名： 年 月 日		
教 学 部审核	签名： 年 月 日		
医 院 领 导 意 见	签名： 年 月 日		

注：如因职业行为造成医疗损害，需负责赔偿该事件经济损失；丢失或破坏仪器设备，需折价赔偿；进修期间如出现工伤事故，由原单位承担责任。在进修期间，由原单位继续参加社会保险。

教学部版次：第 5 版，2025 年 1 月 20 日修订

结业鉴定及考核成绩										
个人 鉴定	年 月 日									
科室 考核	轮转专业		轮转时间	年 月 日 至 年 月 日						
	考勤记录	☐ 全勤 ☐ 病假 天 ☐ 事假 天								
	医德 鉴定									
	技能 鉴定									
	医疗 文件 鉴定									
	成绩 (打√)	医德	优、良、可、差		技能	优、良、可、差		医疗 文件	优、良、可、差	
	科室负责人（授权代表）意见： 签名： 年 月 日									
教学 部备 案	盖章： 年 月 日									