



惠州市第六人民医院医务人员外出进修审批表

科 室		姓 名		联系方式	
职 称		拟进修医院		拟进修专业	
拟进修时间	年 月 日至 年 月 日		拟进修周期	个月	
既往进修情况					
年 月 日 年 月 日, 进修医院: _____ 进修专业: _____ 年 月 日 年 月 日, 进修医院: _____ 进修专业: _____ <input type="checkbox"/> 来院后无进修 <div style="text-align: right;">以上情况属实, 进修人: _____ 年 月 日</div>					
科室 层面 意见	本次 进修 主要 目的 及 必要性	(请根据学科建设、科室发展等情况详细描述本次进修的必要性, 可附页)			
		本次进修目的: <input type="checkbox"/> 取得进修合格证书, 为获取相应资质做准备 <input type="checkbox"/> 学习新项目, 为开展新项目做准备, 新技术项目名称: _____ <input type="checkbox"/> 巩固现有专业技术, 提高医疗水平, 巩固技术名称: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____ <div style="text-align: right;">科室负责人/护士长(签字): _____ 年 月 日</div>			
医务部/ 护理部意见		是否符合学科发展需要和年度进修计划(计划通过年度院务会): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 不符合学科发展需要和年度计划人员附其他情况说明: <input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 医务部/护理部完成备案: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 同意其在上述周期进修: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 其他周期: _____ <div style="text-align: right;">负责人(签字) 年 月 日</div>			
科教部 备案审批		科教部完成备案: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 同意进修: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 周期: _____ 是否需签订协议: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 原因: _____ <div style="text-align: right;">负责人(签字) 年 月 日</div>			
人力资源部 备案审批		人力资源部完成备案: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否签订协议: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 原因或签订日期: _____ <div style="text-align: right;">负责人(签字) 年 月 日</div>			

注: 请进修人员于离院前一周, 按上述流程备案, 填写完毕后交科教部办理外出进修、开具介绍信。