**人类精子库技术培训基地**

**进修申请表**

**姓 名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选送单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**进修专业：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**起止时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**浙江省妇幼和生殖保健中心**

**年 月**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 籍 贯 |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 职称 |  | 职 务 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | 邮政编码 |  |
| 学习工作简历 | 起止时间 | 单 位 和 内 容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 目前从事工作 |  |
| 外语种类及水平 |  |
| 进修内容及要求 |  |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 省卫健委意见 | 该单位所开展或拟开展的项目是否已经纳入省卫生行政区域规划？ （盖章） 年 月 日 |
| 接受医院科室意见 | （盖章） 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 自我学习小结 | 签名： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 进修科室意见 |  签名： 年 月 日 |
| 妇幼中心意见 | 签名盖章： 年 月 日 |