**附件1：**

单位介绍信

深圳市第三人民医院：

兹有我院以下人员共 人至贵院进修。望贵院接洽为盼！本介绍信有效期至 年 月 日。

附人员名单：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 所在科室 | 岗位 | 进修专业/科室 | 进修时长（月） | 手机号码 | 身份证号码 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 单位全称：  （单位公章） |  |
| 院办电话： |  |
| 院办传真： |  |
| 日期： |  |

**注：单位盖章处为医院公章！**

**附件2：**

**深圳市第三人民医院进修人员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 年龄 |  | 民族 |  | | 婚否 |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | 职称 |  | | | |
| 本人手机 |  | | | | | | | | | | | |
| 进修科室  和时间 | 进修时间： 年 月 —— 年 月  1.科室(项目)：  时间: 🞎三个月；🞎六个月；🞎九个月；🞎十二个月  2.科室(项目)：  时间：🞎三个月；🞎六个月；🞎九个月；🞎十二个月 | | | | | | | | | | | |
| 医师资格 | 编 码 | | | |  | | | | | | | |
| 发证机关 | | | |  | | | | | | | |
| 发证日期 | | | |  | | | | | | | |
| 执业证书 | 编 码 | | | |  | | | | | | | |
| 发证机关 | | | |  | | | | | | | |
| 发证日期 | | | |  | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | 邮政编码 | |  | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | | 毕业时间 | |  | | |
| 学 制 |  | | 政治面貌 | | |  | | 参加工作时间 | |  | | |
| **简 历** | | | | | | | | | | | | |
| 起 止 | 主要学习和工作经历 | | | | | | | | | 职 称 | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | |
| 外文程度 |  | | | | | | | | |  | | |
| 业务水平 |  | | | | | | | | |  | | |
| **以下栏目由派出单位填写：** | | | | | | | | | | | | |
| **业务水平、职业道德和工作表现的评价：**  (请证明以上所填个人情况是否属实；如为女职工，请证明是否妊娠)  **科主任签名:**  **单位公章**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **以下栏目由接收单位填写：** | | | | | | | | | | | | |
| **医务科意见：**    **科长签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **进修科室意见：**    **科主任签名:**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **特殊情况院领导审批意见：**  **院领导签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | |

**附件3：**

深圳市外医师来深多点执业备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医师姓名 |  | 性 别 | |  | 民族 | | |  | 照片 |
| 学历 |  | 所学系、专业 | |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | 身体状况 | |  | | |
| 医师资格证书编码 |  | | | 最近连续两个周期的医师定期考核是否有  不合格记录 | | | | |  |
| 专业技术职称 |  | | | 发证日期 | | |  | | |
| 第一执业地点  医疗机构 |  | | | 医师执业证书编码 | | |  | | |
| 医师执业证书  发证机关 |  | | | 医师执业证书  发证日期 | | |  | | |
| 执业类别 |  | | | 执业范围 | | |  | | |
| 拟增加的执业地点 |  | | | 拟执业范围 | | |  | | |
| 拟增加执业地点的  执业时段 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 其他需说明的情况 |  | | | | | | | | |
| 医师本人承诺 | 本人承诺所填报内容真实、有效，如有虚假，愿承担有关法律责任。  医师本人签名：　　　　　　　　　　　 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 委托办理  （受委托人填写此栏） | 本人受申请人委托，办理该项业务。  受委托人签名： 年 月 日  联系电话：  身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | |
| **以下为医师多点执业备案情况** | | | | | | | | | |
| 拟接收多点执业医疗机构意见：  负责人： （公 章） 年 月 日 | | | 卫生计生行政部门备案情况：  经办人： （公 章） 年 月 日 | | | | | | |

注：本表一式三份，医师本人、拟接收多点执业医疗机构和卫生计生行政部门各存一份。