

**医务人员进修申请登记表**

**姓 名**

**选送单位**

**进修科室**

**填写日期**

**填表须知**

1、申请人员填报本表前，请先仔细阅读《进修须知》。

2、申请人员填报本表后，由所在单位盖章后交到我院科教部（申请登记表一式两份）。

3、进修临床医技管理部门：科教部。

联系电话（传真）：0871－65619135

进修人员申请表可登陆云南省精神病医院网站（下载专区）

网址：**www.ynjs.com.cn**进行下载。

**进修须知**

**一、申请程序**

凡需前来我院进修的医技人员，请事先与医院科教部联系（电话或函件均可），以便安排。

**二、申请条件**

1. 进修医技人员必须具备正规医学院校临床专业中专及以上学历并获得执业医师证书，两年以上的临床本专业工作经验。
2. 身体健康。

**三、要求**

1. 进修人员要严格遵守国家的法律、法规和我院的各项规章制度。树立良好的医德医风，全心全意为病人服务，维护医院声誉及医务工作者的尊严。
2. 进修人员应明确进修目的，积极参加科教部及进修科室组织的各项培训和考核。严格执行临床诊疗操作规程，在带教老师的指导下，认真完成进修科室所安排的临床工作，严防差错事故的发生。
3. 进修人员应爱护我院财产和资源，不得擅自拷贝、拿走我院各种资料和物品，如损坏物品和器械，按有关规定由个人赔偿。如违反此项规定者，立即终止进修。
4. 进修期间严格遵守劳动纪律，不得迟到、早退或旷工，不得擅离工作岗位，无故旷工者将通报选送单位并终止进修。进修期间一律不安排探亲假及产假，原则上不准请事假，如有特殊情况，必须由选送单位出具证明或函件（传真）致我院科教部部，说明请假事由、起止时间，经科教部及科主任同意后方可离开。休假期满后，必须按时返回，逾期者需提前3天由选送单位与我院科教部联系，否则按自愿终止进修处理，不再安排进修学习。病假须出示三甲公立医院病情证明并报选送单位知晓。不论病假、事假均需延期补足请假时间。
5. 进修专业和期限，应按我院安排的计划进行，中途不予更改。有特殊情况需要变更，选送单位应来函说明，由我院科教部视情况协调解决。
6. 进修期满前1周，本人书写自我鉴定，由科室带教老师进行考评并填写科室鉴定后，交科教部签署意见，进修时间超过三个月考核合格者予发结业证书。
7. 积极参加我院科教部组织的学术活动，并做好相关记录。
8. 用物要求：报到时请出示单位介绍信、身份证和执业医师证书原件及复印件、近期半寸照片两张、自备工作服、学习参考书。
9. 住宿（铺盖由我院提供）：进修人员住宿费于报到时一次交清，若我院无床位时则自行解决。入住进修生集体宿舍，不得留宿外人。进修结束须办结住宿清单。

10、离院手续：于进修结束当天，持相关资料到科教部办理结业手续。

**四、以下情况不予办理结业证书**

1. 由于个人原因或选送单位原因，提前结束进修不满三个月者。
2. 劳动纪律差，进修期限3个月，病事假超过1周未补者；进修期限6个月，病事假超过2周未补者。
3. 服务态度不好，工作责任心不强，发生医疗纠纷者。
4. 违反医院相关规定，发生差错事故者。
5. 未备案项目及关系单位零散短期参观学习者。

**云南省精神病医院进修人员申请登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  | 照 片 | |
| 民 族 |  | 学 历 |  | 从事专业 | |  |
| 职 称 |  | 婚 姻 |  | 政治面貌 | |  |
| 健康状况 | |  | | 参加工作时间 | |  |
| 现在工作单位及地址 | | |  | | | | | |
| 邮编 |  | | 联系电话 | |  | | | |
| 何时取得执业医师证书 | | |  | | | | | |
| 主 要 学 历 | 学习时间 | | | | 学校或进修单位名称 | | | |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | | |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | | |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | | |
| 工 作 经 历 | 履职时间 | | | | 单位名称 | | | 任何职务 |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | |  |
| 申请进修专业 | | 科 个月 | | | 科 个月 | | | |
| 科 个月 | | | 科 个月 | | | |
| 选送单位意见 | | 签字（章） 　 年 月 日 | | | | | | |

**云南省精神病医院进修人员鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 籍贯 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 最后学历 |  | | 职称 |  | | 职务 |  |
| 工作单位 |  | | | | 联系方式（手机） | | |  | |
| 进修科室 |  | | 进修时间 | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| 个  人  鉴  定 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 科  室  鉴  定 | 带教老师： 进修科室签章 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医  院  意  见 | 科教部签章 年 月 日 | | | | | | | | |