



## 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
<b>既往进修情况</b>					
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)			
		<b>本次进修目的：</b> <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>			
主管职能科室 (医务/护理) 意见	主管职能科室完成备案并同意进修： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <div style="text-align: right;">负责人（签字） 年 月 日</div>				
科教部 备案审批	是否在年度进修计划内： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否      科教部完成备案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 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>				
医学装备部/ 药学部 (必要时)	如本次外出所学新技术/新项目涉及需要采购药品/设备/器械/耗材，请在外出前提前到相应职能部门报备，并视情况提交采购申请。 <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。