曲靖市第一人民医院外出进修学习培训审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 职务/职称 | | |  | |
| 科 室 | |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 进修单位/  会议名称 | |  | | | | 进修学习培训地点 | | |  | |
| 培训时间 | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 培训类别 | | 1.专科培训 医生 □ 护士□ 4.新技术、新项目培训会 □  2.继续医学教育项目 □ 5.其他培训 □  3.学术会议 □ | | | | | | | | |
| 经费渠道 | | 1.医院委派 □ 4.重点专科 国家级 □ 省级 □ 市级 □  2.科室选派 □ 5.专家工作站 国家级 □ 省级 □ 市级 □  3.科研项目经费□ 6.其他 □ | | | | | | | | |
| 交通工具 | | 飞机□ 火车□ 汽车□ 其他□ | | | | | | | | |
| 用车情况 | | 已派□  未派□ | | 派车时间 | 月 日 ： 至  月 日 ： | | | 医疗支持保障部审批意见 | |  |
| 同  行  人  员 | 姓 名 | 科室 | | | | | 职务/职称 | | 身份证号 | |
|  |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |
| 科室负责人  审批意见 | | |  | | | | 主管职能部门审核意见 | |  | |
| 科教部/人力资源部审核、登记、归档 | | |  | | | | | | | |
| 分管院领导  审批意见 | | |  | | | | | | | |
| 院长  审批意见 | | |  | | | | | | | |
| 党委书记  审批意见 | | |  | | | | | | | |

注：本表自2021年10月18日启用。

科教部 制