安徽医科大学口腔医学院（附属口腔医院）

职工外出进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 职 称 |  | 职 务 |  | 工作年限 |  |
| 从事专业 | |  | | 申请人所在科室 | |  | |
| 联系方式 | |  | | | | | |
| 拟进修专业 | |  | | | | | |
| 拟进修单位 | |  | | | | | |
| 拟进修期限 | | 年 月 —— 年 月 | | | | | |
| 科室意见：  负责人签字：  年 月 日 | | | | 相关职能科室意见：  负责人签字：  年 月 日 | | | |
| 人力资源部审核意见：  负责人签字：  年 月 日 | | | | 分管院领导意见：  分管院领导签字：  年 月 日 | | | |
| 学院（医院）意见：  年 月 日 | | | | | | | |