附件1

福建中医药大学国医堂门诊部

在职学习计划个人申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | | 最高学历 |  |
| 所在科室 |  | | 技术职称 | |  | |
| 来院时间 |  | | 联系方式 | |  | |
| 学习类型 |  | | 学习单位 | |  | |
| 学习时间 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 预计经费 |  | | 经费来源 | |  | |
| 学习计划  （本人学历和工作经历，业务能力，本次学习的内容、目的和要求，时间安排，经费来源等。可附页）  本人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 所在科室审核意见：  年 月 日 | | | | 主管科室审批意见：  年 月 日 | | |
| 分管副主任审批意见：  年 月 日 | | | | | | |