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 |