# 东直门医院职工学历学位/进修/师承申请表

科（处）室：　　年份：

| 姓 名 | 工号 | 性别 | 年龄 | 学历学位 | 职称职务 | 参加工作时间 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| 学习类型 | | | | | | |
| 进修、学习、师承何专业 | | | | | | |
| 进修、学习、师承地点 | | | | | | |
| 起止时间 | | | | 年　月　日起至　　年　月　日止 | | |
| 经费预算及<br>支付方式 | | | | | | |
| 知情同意 | | | | 我已阅读《东直门医院关于在职职工学历学位的暂行规定》并同意严格按照文件要求执行。<br>申请人签字： | | |
| 所在科处室负责人签字：<br>护理人员需护理部签字： | | | | 年　月　日 | | |
| 进修人员医务处负责人签字：<br>师承或报考研究生者教务处负责人签字： | | | | 年　月　日 | | |
| 人事处审核意见： | | | | 年　月　日 | | |
| 主管院领导审批意见： | | | | 年　月　日 | | |

申请人签字：　　申报时间　　年　月　日

注：1.本表交人事处存档备查
2.进修结束后到人事处报到
3.在职学习人员未填写此表并于人事处登记备案者不予报销相关费用