附件1：

洛阳市中心医院进修人员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 | |  | 贴1寸近期照片 |
| 学 历 |  | | 职 称 |  | 专 业 | |  |
| 单 位 |  | | | | | | |
| 详细通讯地址 |  | | | | | | |
| 现在住址 |  | | | | | 电 话 | |  |
| 进修科目 |  | | | 我院协作单位 | | □是 □否 | | |
| 进修期限 | 月 | 时间 | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| **介绍人担保书**  本人自愿为 同志担保，并对其在我院进修期间的行为负连带责任，愿履行以下义务：  1、监督该生遵守医院各项规章制度及有关进修生管理的规定。  2、于进修生共同承担因本人处理不当、操作失误等原因而发生的医疗事故、差错的责任以及因此造成的精密、贵重仪器损害的赔偿。  3、未参加过非法组织、非法活动。  4、协助教学办、保卫科、医患办、监察室等有关部门调查、处理涉及被担保人的一切行为及事件。  **担保人签字：** 联系电话： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **主管科室意见**： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **主管院领导签字：** 年 月 日 | | | | | | | | |
| **备注：**1、办理进修手续时携带：身份证、毕业证、医师资格证、执业医师证的原件及复印件、单位介绍信、一寸照片4张。  2、进修费每人每月150元，学费一次交清，中途退学者不退学费。  3、学习期满后及时到教学办办理结束手续，逾期15天者，不予结业。  **教学办** | | | | | | | | |