**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 | | | | |
| **本**  **人**  **承**  **诺**  **书** | **（一）本人健康承诺：**  1. 本人没有被诊断新冠肺炎确诊病例或疑似病例  2. 本人没有与新冠肺炎确诊病例或疑似病例密切接触  3. 本人及家属近20天没有境外旅居史或与境外归来人员密切接触  4. 本人及家属近20天内无发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状  **本人对上提供的健康相关信息的真实性负责，如因信息不实引起疫情传播和扩散，愿承担由此带来的全部法律责任。**  **（二）本人学习承诺：**  **本人在培训基地学习期间，严格遵守培训制度，如违反纪律或出勤不足，视情节轻重给予补考勤或劝退处理。**  **承诺人： 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，交押金200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** | | | | | | | | |