**景谷傣族彝族自治县人民医院外出进修（培训）学习审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **科室** | **姓名** | | **性别** | **职称** | **工作年限** | **联系电话** |
|  |  | |  |  | **年** |  |
| **学习时间** | | **年 月 日至 年 月 日** | | | | |
| **学习地点** | |  | | | | |
| **学习内容** | |  | | | | |
| **举办部门（单位）** | |  | | | | |
| **科室意见** | | **年 月 日** | | | | |
| **相关职能科室意见** | | **年 月 日** | | | | |
| **人事科意见** | | **年 月 日** | | | | |
| **院领导（分管）意见** | | **年 月 日** | | | | |