**附件2**

**遵义医学院附属口腔医院医护人员进修申请及报销签字表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 职 称 |  | 工作年限 |  | 所在科室 |  |
| 拟进修医院及科室： | |  | | 进修时间 |  |
| 进修理由 |  | | | | |
| 科室负责人意见：  年 月 日 | | | 业务办意见：  年 月 日 | | |
| 分管领导意见：  年 月 日 | | | 院长意见：  年 月 日 | | |
| **进修回院后填写内容** | | | | | |
| 业务办审查内容  1、提供进修心得及意见建议（打印后附在本表后）  2、提供科室内学习汇报会的(PPT)复印件（打印后附在本表后）  业务管理办公室主任审核签字：  年 月 日 | | | | | |
| 分管副院长审核签字：  年 月 日 | | | 院长审核签字：  年 月 日 | | |
| 财务报销人员审核签字： | | | | | |