涉及高额费用培训申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 所在科室(部门) |  |
| 执医类别 |  | | |
| 职 称 |  | 电 话 |  |
| **培训项目名称** |  | | |
| **培训主办单位** |  | | |
| **培训时间** | 年 月 日 至 年 月 日 | | |
| **个人申**  **请缘由** | 申请人签字： | | |
| **科务会意见**  （对培训机构权威性、培训必要性以及培训预期成效进行明确评估） | □科室（部门）需开展新技术或新业务，缺乏相关技术，亟需开展培训的；  □非科室（部门）核心发展业务，有必要进行拓展和提升的；  □科室（部门）目前无相关业务发展需要，申请外出培训人员属个人专业技能提升的。  科室/部门 负责人签字：  202 年 月 日 | | |
| **□医务部/护理部意见**  **（医技护、药剂）**  **□分管院领导意见（行政、后勤）** | 负责人签字：  202 年 月 日 | | |
| **继续教育部意见** | 负责人签字：  202 年 月 日 | | |
| **分管院领导签署意见** | 负责人签字：  202 年 月 日 | | |
| 备注 | **依据《继续教育管理办法（院办发〔2023〕90号）》实施审批。** | | |

**备注：**该表由申请人根据医院《继续教育管理办法》（院办字﹝2023﹞第90号）各类学习/培训班相关规定填写。

|  |
| --- |
| **科务会纪要** |
| **时间：** |
| **会议纪要：** |
| **科室/部门意见：** |
| **全体部门/科室职工签字**  **部门/科室负责人签字：**  **时间： 年 月 日** |