附件2

福建中医药大学国医堂门诊部在职学习计划科室汇总表

科室： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职称** | **来院时间** | **拟学习类型** | **拟前往学习单位** | **拟学习时间** | **经费预算****（元）** | **经费来源** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在科室意见： |
| 主管科室意见：  |