

护 理 人 员 进 修 申 请 表

进修科目: 姓 名: 进修时间: 年 月至 年 月 选送单位:

手机号码:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | |  | | 年龄 | |  |
| 政治  面貌 | |  | | 职称 | |  | | 民族 | |  |
| 毕业  院校 | |  | | | | 学历 | |  | | |
| 工作  年限 | |  | 健康  状况 | |  | | 护士执业  证书编号 | |  | |
| 简 历 | 主要学习和工作经历（具体到科室） | | | | | | | | | |
| 专 业 水 平 |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 外 语 水 平 |  |
| 政 治 表 现 |  |
| 进 修 要 求 | 必填 |
| 选 送 单 位 意 见 | 盖 章  年 月 日 |