附件2



护理进修人员申请表

选送单位：

姓 名：

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 民族 |  | 宗教信仰 |  | 出生年月 |  |
| 健康状况 | 健康:是□ 否□ 传染病:是□ 否□  | 最高学历 |  |
| 选送医院级别 |  | 单位电话 |  |
| 单位地址 |  |
| 所在科室 |  | 工作年限 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 手机号码 |  | 邮箱地址 |  |
| 身份证号码 |  | 护士执业照号码 |  |
| 其它证书号码 |  |
| 进修科室 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 进修科室 | 希望进修起止时间 | 拟学习内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| 主要学历 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止时间 | 专业 | 学历 | 学校 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| 工作经历 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 起止时间 | 单位名称 | 职务/职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| 本人专业水平 |  |
| 进修要求 |  |
| 选送单位意见 | （盖章）年 月 日 |
| 进修单位意见 | （盖章） 年 月 日 |