

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 |