**进 修 人 员 申 请 表**

**进修科室**

**姓 名**

**选送单位**

**进修时间**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 出生年月 | |  |
| 籍贯 |  | | 政治面貌 | | |  | | |
| 身份证号 |  | | 本人联系电话 | | |  | | |
| 何时参加工作 |  | 现工作医院 |  | | | 医院等级 | |  |
| 工作医院纳税人识别号(税号) |  | | 现工作医院  护理部电话 | | |  | | |
| 现工作科室 |  | 职务 |  | | | 职称 | |  |
| 护士执业注册  证书编码 |  | | 执业地点 | | |  | | |
| 注册日期 |  | | 注册有效期 | | |  | | |
| 最高学历 |  | | 毕业专业 | | |  | | |
| 主要学历 | 起止年月 | | | | 学校名称 | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| 工作经历 | 起止年月 | | | 工作单位名称 | | | 科室/职务 | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
| 选送医院 |  | | | 进修类别 | | | □临床护理  □护理管理  □其他 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本  人专业水平 |  | |
| 进修要求 |  | |
| 申请进修 | 进修科室 | 进修时间 |
|  | □1个月 □3个月 □6个月 □9个月 □12个月  □其他  希望 月份开始进修  注：进修报到一般在每月第1个工作日，具体以《进修报到通知单》为准。因报到、岗前培训需多部门协作，故请进修人员务必在进修报到日当天报到。 |
| 选送医院意见 | （盖章） 年 月 日 | |

请仔细填写本申请表，**一式二份**，单位盖章。

寄：浙江省嘉兴市南湖区双园路309号，浙江省荣军医院护理部收 邮编：314000