首都医科大学附属北京同仁医院

护士进修申请登记表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 选送单位 |  | | | 接收单位 |  | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 文化程度 |  | 职称 |  | 政治面目 |  | 身体状况 |  |
| 工作科室 |  | | 职务 |  | 执业证书编号 |  | |
| 进修科室 |  | | | 进修时间 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮政编码 |  | | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 |  | | |
| 个人简历 |  | | | | | | |
| 学习要求 |  | | | | | | |
| 政治表现  工作年限  业务水平 |  | | | | | | |

第1页

|  |  |
| --- | --- |
| 选送单位意见（加盖单位公章） |  |
| 接收单位科室意见 |  |
| 接收单位审批意见 |  |
| 备注 |  |

第2页