

广元市中心医院护士进修申请表

姓 名		性 别		年 龄		照片 (蓝底标准一寸证件照)
籍 贯				民 族		
学 历				职 称		
工作单位				职 务		
通讯地址				联系电话		
进修专业						
进修期限	年 月 日		至 年 月 日		共 月	
护士执业证书编号			身份证号			
主 要 学 历	起 止 时 间		学 校 名 称		学 历	
主 要 工 作 经 历	起 止 时 间		工 作 单 位 名 称		职 称	

地 址：广元市利州区井巷子 16 号 邮政编码： 628000
 联系电话： 0839-3235565

<p>进修 目的</p>		
<p>本人 现有 业务 水平</p>		
<p>选送医 院护理 部意见</p>	<p style="text-align: right;">护理部（盖章） 年 月 日</p>	
<p>选送 单位 意见</p>	<p style="text-align: right;">负责人（公章） 年 月 日</p>	
<p>接受 单位 意见</p>	<p style="text-align: center;">事业发展部 年 月 日</p>	<p style="text-align: center;">护理部 年 月 日</p>
<p>备 注</p>	<p>1. 此表填写完毕后请所在医院审核并加盖医院公章(含封面)； 2. 同时附上申请者以下证件复印件一份： 身份证、护士执业证书(含首注页、若有延续注册或变更请附上) 及最高学历毕业证； 医院介绍信并加盖医院公章。 3. 每年3月1 日、6月1 日、9月1 日、12月1 日接受进修人员。</p>	