

首都医科大学附属北京朝阳医院

护理人员进修申请表

进修生姓名_____

拟进修科室_____

进修生工作单位_____

申请日期_____

邮政编码_____

首都医科大学附属

北京朝阳医院

邮政编码

100020

姓名		性别		年龄		籍贯	
民族		政治面貌		文化程度			
参加工作时间		年	月	健康状况			
所在医院性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	所在医院性质	<input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级				
工作单位通讯地址							
邮政编码		座机电话					
电子邮箱		手机号码					
现任职务		职称		最终学历			
学 历	时 间	毕 业 院 校				学 制	
工 作 经 历	时 间	科 室					
家 庭 主 要 成 员	关 系	姓 名	年 龄	政 治 面 貌	工 作 单 位 及 职 务		

<p>申请进修时间</p>	<p>年 月</p>
<p>申请进修时限</p>	<p>一年<input type="checkbox"/> 半年<input type="checkbox"/> 其他<input type="checkbox"/> (个月)</p>
<p>本人政治表现 及专业水平</p>	
<p>拟进修专业 及有何要求</p>	
<p>选送单位 科室意见</p>	
<p>选送单位 护理部意见 (盖 章)</p>	
<p>接收单位 审核意见 (盖 章)</p>	