**进修护士申请表**

姓　　名

进修专业

选送单位

通讯地址

邮　　编

联系电话

Email

江西省中西医结合医院

南昌市八一大道90号

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | 年龄 | |  | 出生年月 | |  | |
| 职称 |  | | | 职务 | |  | | | 政治面貌 | | |  | |
| 学历/学位 |  | | | 毕业院校 | |  | | | 参加工作时间 | | |  | |
| 婚否 |  | | | 健康状况 | |  | | | 护理部电话 | | |  | |
| 进修专科的工作年限 | | |  | | | | | 意向专科/科室 | | |  | | |
| **简 历** | | | | | | | | | | | | | |
| 学  习  情  况 | 起止年月 | | | | 学校和专科培训机构 | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
| 工  作  经  历 | 起止年月 | | | | 工作单位/科室 | | | | | | | | 职称/职务 |
|  | | | |  | | | | | | | |  |
| 个人业绩： | | | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |