**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  |