**上饶市人民医院护理人员**

**进修申请表**

　　　　姓　　名：

　　　 　进修专业：

　　　　 选送单位：

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | | 一寸照片 |
| 最高学历 |  | 技术职称 |  | 工作时间 |  | |
| 毕业学校 |  | | 毕业时间 |  | | |
| 身份证号 |  | | 执业证号 |  | | |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  | 单位电话 | |  | |
| 进修科室 |  | 期限 | 个月 | 进修起止时间 | |  | |
| 主要  工作和学习经历 | 起止年月 | | | 工作和学习单位 | | | 职称／职务 |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
| 进修目的  和要求 | 申请人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 选送单位  意见 | （签章） 年 月 日 | | | | | | |
| 进修单位  意见 | （签章） 年 月 日 | | | | | | |