# 中日友好医院护士进修申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照片  （不可空缺） |
| 护理专业  最高学历 |  | 职 称 |  | 职 务 |  |
| 健康状况 |  | | | 婚姻状况 |  |
| 护士执业证书编号 |  | | | 身份证号 |  | |
| 拟进修专科 |  | | | 拟进修期限 | □ 3个月 □ 6个月 | |
| 拟申请专科  工作年限 |  | | | 拟进修时间 | 年 月 | |
| 单位名称 |  | | | 护理部电话 |  | |
| 单位地址  /邮编 |  | | | 本人手机电话 |  | |
| 电子邮箱 |  | |
| 医院等级 |  | | | 医院开放床位数 |  | |
| 主要学习及工作经历 |  | | | | | |
| 进修目的  与要求 |  | | | | | |
| 选送单位  意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | |
| 接收单位  意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | |

**备注：① 进修期间医院不提供住宿；**

**② 此表请加盖单位公章后扫描上传至护理部邮箱hulibujx@163.com，盖章原件请于报到时交验。**

**中日友好医院护理部制**