

成都市妇女儿童中心医院  
护理人员进修

申 请 表

进修科目\_\_\_\_\_

姓 名\_\_\_\_\_

选送单位\_\_\_\_\_

年 月 日

## 成都市妇女儿童中心医院外来进修人员申请表

姓 名		出生年月		性 别		籍 贯	
文化程度		从事专业		政治面貌		民 族	
工作单位				职称职务			
申请进修专业		申请进修 起止时间		有无执照		邮 编	
资格证 编 号				执 业 证 编 号			
身份证 号 码				邮 箱			
何时何校 毕业				所学专业		联 系 电 话	
主 要 学 历	起 止 年 月	学 校 名 称					
主 要 工 作 经 历	起 止 年 月	工 作 单 位 名 称				职 务	

本人政治表现		
本人专业水平	(详细描述本人已具备的专业水平)	
进修的目的与要求	(详细描述进修的具体项目及要求)	
选送单位意见	(盖章)      年    月    日	
接受单位审核意见	护理部意见	(签章)      年    月    日