

附件 2

# 湖南省儿童医院

## 护士进修申请表

姓 名： \_\_\_\_\_  
单 位： \_\_\_\_\_  
进修科室： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 个 人 简 介

姓 名：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_ 邮 编：\_\_\_\_\_

性 别：\_\_\_\_\_ 年 龄：\_\_\_\_\_岁 民 族：\_\_\_\_\_

政治面貌：\_\_\_\_\_ 学 历：\_\_\_\_\_ 职 称：\_\_\_\_\_

毕业学校：\_\_\_\_\_ 毕业时间：\_\_\_\_\_

工作单位：\_\_\_\_\_ 工作年限：\_\_\_\_\_

联系地址 ( 能查收信件 的地址 ):

\_\_\_\_\_

☐是☐否取得执业资格证书 证书编号：\_\_\_\_\_

申请进修时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

申请进修科室：\_\_\_\_\_

学习简历：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

工作经历简介:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

选派单位意见(加盖公章)：

护理部联系电话：