**沧州市人民医院进修护士申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 民 族 |  | 职 称 |  |
| 职务 |  | 最高学历 |  | 工作年限 |  | 身份证号 |  |
| 政治面貌 |  | 手机号 |  | 单位护理部电话 |  |
| 个人电子邮箱 （必填） |  | 证书号（护士执业证书号） |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 工作单位 及科室 |  | 医院级别 |  |
| 进修科室 | □神经外科 □神经内科 □重症医学科 □手术室 □急诊科 □血透中心 □消毒供应中心 □呼吸老年专科 □妇产科 □儿科（含新生儿） □护理管理外科（□乳腺外科 □肝胆外科 □骨科 □泌尿外科 □血管外科 □胃肠外科 □耳鼻喉科 □眼科）内科（□心内科 □肾内科 □呼吸内科 □血液内科 □消化内科 □内分泌科 □肿瘤内科）其他 |
| 进修时间 | □4月期 □7月期 □10月期 |
| 个人主要 工作经历 及专业能力 |  |
| 选送科室意见 |  负责人： 年 月 日  |
| 选送单位意见 |  负责人： 盖章 年 月 日  |
| 接收单位审核意见 | 负责人： 盖章 年 月 日  |