

树兰（杭州）医院护理进修人员申请表

姓 名		性 别		出生年月		照 片
籍 贯		政治面貌		职称/职务		
健康状况		身份证号				
何时参加工作		现工作医院		医院 等级		
现工作科室		最高学历		获得时间		
注册执业证书 号编号			注册日期			
注册有效期至			执业地点			
本人联系 电 话			医院护理部 联系电话			
单位地址						
申请进修	申请进修科室		进修开始时间		时长	进修结束时间
主要学习工作 经历	起止年月		学校及专业或单位及部门			担任职务
	--					
	--					
	--					
进修需求						
申请人承诺	本人严格遵守医院外出进修管理办法规定，保证服从接收单位安排，完成进修学 习计划。 签名： 年 月 日					
选送单位意见	（盖章） 年 月 日					