**桓台县人民医院外院护理人员进修须知**

|  |
| --- |
| 附件一：**进修人员申请表** |
| 姓名 |  | 出生日期 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 联系方式 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 护士执业证书编号 |  | 执业证书有效期 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 工作单位 |  |
| 所在科室 |  | 紧急联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 最高学历 |  | 所学专业 |  | 毕业学校 |  |
| 进修时长 |  | 计划来院时间 |  | 意向进修科室 |  |
| 主要工作简历 |  |
| 工作单位意见 | 章 年 月 日 |
| 进修单位意见 | 章 年 月 日 |