

# 北京肿瘤医院 护士进修申请表

进修目的:

进修期限: (自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止共\_\_\_\_个月)

进修生姓名:

工作单位 (盖部门公章):

工作单位详细通讯地址:

邮政编码:

联系电话:

邮箱地址:

填表时间:

地址: 北京市海淀区阜成路 52 号  
电话: (010) 88196184  
邮政编码: 100142

姓名		性别		年龄		护龄		民族		相片
政治面貌				籍贯						
职称		职务			健康状况					
身份证号					执业护士资格证书号					
文化程度					毕业院校					
目前工作 科室					在目前工作科室 工作时间					
个人手机 号码					单位电话（护理部 /人事处）（外阜请 注明区号）					
目前 工作 情况 简介										
个人 简历	时间（起止）	在何学校（单位）任何职务								
进修要求	进修时间：        年 月 日-        年 月 日 学习内容：									
选送单位 领导意见	<p style="text-align: center;">（盖部门公章）相关责任领导签字：</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p>									
接收单位 审批意见										