江苏省苏北人民医院

Nothern Jiangsu People’s Hospital

**外来进修申请表**

 姓 名

 进修科室

 选送单位名称

填表时间 年 月 日

**二○二二年制**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 近期一寸免冠照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 是否党(团)员 |  |
| 所在科室 |  | 职 称 |  | 职 务 |  |
| 文化程度 |  | 健康状况 |  | 进修专业 |  |
| 身份证号 |  | 职业医师（护士）证书/执照编号 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 所在单位 |  | 单位等级 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 所在单位与苏北医院关系 | □医疗集团 □专科联盟 □对口支援 □托管帮扶 □无特殊  |
| 紧急联系人及电话 |  |
| 主要学历 | 何年何月起 | 何年何月止 | 学 校 名 称 | 毕 业 或 肄 业 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主要工作经历 | 何年何月起 | 何年何月止 | 单 位 名 称 | 任 职 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 学员业务能力 |  年 月 日（章） |
| 进修要求 | 时间： 年 月 日起至 年 月 日止学习目标： |
| 选送单位意见 | 签名（章）年 月 日 |
| 主管部门（或科室）意见 | 签名（章）：年 月 日 |

**备注：申请护理进修的人员将此表填写后电子版发送至我院护理部邮箱：yzsbyyhlb@163.com，护理联系电话：0514-87373042，报到时请携带纸质版《外来进修申请表》。**