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》。**