

山西省儿童医院 妇幼保健院 护士进修申请表

姓名		性别		年龄		职称		民族		政治面貌		
毕业院校及专业										文化程度		
选送单位及 科室名称					是否协作 单位				护理部电话 及邮箱			
入职时间			现从事何种护理专业及 工作年限						申请进修护理专业 工作年限			
个人简历 1. 护理专业 全日制教育、在职 继续教育情况；外 出进修学习经历； 规范化培训岗位 轮转情况等。 2. 从事护理 专业工作经历		年 月 日	学习、工作单位及主要职务									
进修专业、时 长及对进修专 业的需求		专业名称	起止时间			专业需求						
选送单位护理部主任签字：						护理部盖章						
年 月 日												

- 备注：**
1. 协作单位是指“医联体”单位、医院承担指令性扶贫任务的基层医院。
 2. 我院接收护士进修时间：每年3月底、9月底，需提前一个月向我院护理部提出申请。
 3. 进修期限：至少三个月。