

北京大学深圳医院

来院进修护理人员申请表

编号：NS-QR-A032

姓名		学 历		最后 学历		学位		参加工 作时间	
性别		年 龄		政治 面貌		技术 职称		现任 职务	
进修 专业		进修期限		年 月 日- 年 月 日, 共 月					
主 要 学 历	起止年月			毕业院校及专业名称					
	年 月- 年 月								
	年 月- 年 月								
	年 月- 年 月								
	年 月- 年 月								
主 要 工 作 经 历	起止年月			单位及科室名称				职务或职称	
	年 月- 年 月								
	年 月- 年 月								
	年 月- 年 月								
	年 月- 年 月								
从事 本专 业时 间及 技术 业务 水平									
单位 名称							邮 政 编 码		
所在 医院 级别	级 等医院 床位 张						单 位 电 话		
							个 人 电 话		
详细 地址							填 表 日 期		

进修 内容 及 要求	
进修 生 政治 思想 工作 表现 (选 送单 位填 写)	
选送 单位 意见	单位盖章： 年 月 日
接受 单位 意见	单位盖章： 年 月 日