**附件2**

**贵州中医药大学第二附属医院**

**进修申请表**

**（护理类）**

**姓 名**

**选送单位**

**进修专科**

**进修期限**

**联系方式**

**填表时间**

地址：贵阳市云岩区飞山街32号

电话：0851-85296351（护理部）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | | 民族 |  |  |
| 工作单位及 通讯地址 |  | | | | | | 技术职称 |  | |
| 毕业学校 及年月 |  | | | | 专业 |  | | 学位 |  |
| 进修科目/科室 |  | | | | 进修起止  时间 |  | | 电话 |  | |
| 主要工作经历 | 年月起 | 年月止 | | 所在单位 | | | | 科室 | | 技术职称 |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
| 本人现实  政治思想  表现 |  | | | | | | | | | |
| 本人现有  学科理论和技术水平 |  | | | | | | | | | |
| 选送单位  学习要求 | 负责人签字： 公章  年 月 日 | | | | | | | | | |

**备注：本院不接收怀孕护理进修人员**

**资格证、执业证复印件粘贴处：（复印件需所在单位签章）**