

中国中医科学院广安门医院

护理人员进修申请表

工作单位	名称					级别	
	通讯地址					邮编	
	联系人			联系电话			
进修 护士	姓 名		工作科室				证件照
	民 族		性 别		年 龄		
	职 称		职 务		最后学历		
	健康状况		身份证号				
	护士 执业证书	证书编号					
		注册日期			有效期至		
	手机电话			科室电话			
	参加工作			E-mail			
主要 工作 简历	起止日期	工作单位名称及科室			职称	职务	
申请进修专业 (限选一科)							
从事申请进修专业 年限							
申请进修期限		_____ 个月		申请进修时间 年 月— 年 月			
进修目的							
护理部主任签字：							
<div style="text-align: right;"> 单 位 盖 章 年 月 日 </div>							

选送单位审批意见：

注意事项：

1. 请用钢笔或签字笔逐项填写。
2. 选派单位审核同意、盖章后，将电子版（扫描件）发送至我护理部邮箱。
3. 经我院审核通过后，向您寄发（email）进修通知。
4. 进修人员需符合北京市疫情防控管理要求。
5. 每年接收进修时间为：4月、7月、10月，共三批。
6. 特殊科室：中医护理门诊每年2月、4月、6月、8月、10月接收进修人员，进修时长12周

单位：中国中医科学院广安门医院护理部 电话：010-88001215

地址：北京市西城区北线阁5号 邮编：100053

邮箱：gamhlb@163.com

收费标准：3000元/人/12周