

# 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="float: right; text-align: right;">             单 位 盖 章              年    月    日           </div>							

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）发送至护理部邮箱。
3. 经我院审核通过后，向您寄发进修通知（email）。
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。

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/3个月