

[YZFY/BD/HLB-02-A/0]

护理人员外出进修学习审批表

姓 名：

科 室：

进修医院：

进修科目：

进修时限：

联系电话：

申请时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 籍贯 |  |
| 民族 |  | 政治  面貌 |  | 健康状况 | |  | 最高学历 |  |
| 毕业学校、专业、时间 | | |  | | | | | |
| 职称 |  | | | | 参加工作时间 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | 联系电话 |  | |
| 详细住址 | |  | | | | | | |
| 执业证编号 | |  | | | 紧急联系人电话 | |  | |
| 业务专长 | |  | | | | | | |
| 本人学习工作  简历 | |  | | | | | | |
| 业务能力 | |  | | | | | | |
| 进修科别专业  及时间 | |  | | | | | | |
| 进修目标 | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 科室意见 | 护士长签字： 年 月 日 |
| 护理部意见 | 主任签字： 年 月 日（公章） |
| 行政人事部意见 | 主任签字： 年 月 日（公章） |
| 主管院长  意见 | 主管院长签字： 年 月 日（公章） |
| 院长  意见 | 院长签字： 年 月 日（公章） |