**首 都 医 科 大 学 附 属**

**北 京 安 定 医 院**

**护理人员进修登记表**

**进 修 科 目\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**进修生姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选 送 单 位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填 表 日 期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **民族** |  | **籍贯** |  |
| **文化****程度** |  | **职称** |  | **职务** |  | **参加工作时间** |  |
| **政治****面目** |  | **从事精神卫生专业时间** |  | **工作单位** |  |
| **联系****电话** |  | **电子邮箱** |  |
| **通讯****地址** |  | **邮编** |  |
| **工****作****简****历** |  |
| **拟****进****修****科****目** |  |
| **选****送****单****位****填****写** | **政治****表现** |  |
| **业****务****及****外****语****能****力** |  |
| **进修时间：自 年 月 日 至 年 月 日** |

|  |  |
| --- | --- |
| **选****送****单****位****意****见** |  （公章） 年 月 日 |
| 进修结业鉴定 | 科室意见 |  科室负责人： 年 月 日 |
| 考核成绩 |  |
| 进修单位领导意见 |  （公章） 年 月 日 |
| 发证审批意见 |  结业证号码： （公章） 年 月 日 |
| 备注 |  |