



深圳市第二人民医院

进 修 申 请 表

工 作 单 位：

申 请 进 修 专 业：

起 止 时 间：

姓 名：

手 机 号：

现 在 从 事 专 业：

职 称：

护 士 执 照 编 号：

单 位（盖 章）：

申 请 时 间：

地址：广东省深圳市笋岗西路 3002 号

邮政编码：518035

电话：0755-83792958

email: 19924530223@163.com

网址：<http://www.szrhc.com>

接收单位护理部资料审核意见:

查验原件:

单位介绍信

身份证

护士资格证

护士执业证

毕业证

学位证

上交复印件:

身份证

护士资格证

护士执业证

毕业证

学位证

所提供资料真实有效

各证齐全

签字:

合格!

验证人(签字):

年 月 日

接收单位护理部意见:

负责人(签字):

年 月 日

备注:

为加强进修生管理,保证医疗安全,凡来我院进修同志,护理部主任未签字同意之前,均视为进修手续未办好,不得到临床科室上班,希望各科室护长加强管理,负责执行。



进修护士结业证明

姓名	学习期限	
进修科室	工作单位	
单位地址		
个人政治思想及业务方面小结:		

所在科室意见	进修考勤	全勤	天;	病假	天;	事假	天
	成绩:	医德		技能		文书	
护理部意见	护士长: 年 月 日 护理部: 年 月 日						

注: 1、本表由进修护士填写后, 交在所进修科室护士长给予鉴定, 最后交由护理部。
 2、“个人小结”一栏如写不下可另附一页。
 3、“工作单位”及“单位地址”要填写清楚, 逐项填写, 请勿漏项。