



## 广西国际壮医医院 进修人员申请表

姓 名\_\_\_\_\_

进 修 专 业\_\_\_\_\_

进 修 期 限\_\_\_\_\_ (月)

选 送 单 位\_\_\_\_\_

选送单位医院级别\_\_\_\_\_

地 址\_\_\_\_\_

(进修表空格全部填写清楚, 内容必须真实, 作为我院录取基本条件)

拟进修期限 自\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 至 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日



姓名		性别		年龄		照片 (小二寸)
民族		政治面貌		学历		
职称			所在科室			
选送单位与我院合作关系	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 对口帮扶 <input type="checkbox"/> 医联体 <input type="checkbox"/> 专科联盟					
电子邮箱			手机			
现任职务			单位电话			
执业证书编号			健康情况			
现任何种专业 熟悉程度						
个人简历(包括学历)	年 月 日			在何学校(机关)任何职务		



本人拟进修 何种专业有何要求	
选送单位 意见 (盖章)	单位意见:   签字 (盖章):                      日期:
接受单位 审批意见 (盖章)	科室意见 :   主管部门意见 :   签字 (盖章):                      日期:
备注	

备注: 1.进修专业填写“护理”;

2.进修人员将盖章的申请表以 PDF 版形式发送至护理部邮箱: [gxgjzyyhlb@163.com](mailto:gxgjzyyhlb@163.com),  
确定录取后, 我院将以邮件形式发送录取通知书, 请注意查收。