**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 |  |