**附件2**

**昆明医科大学附属口腔医院/云南省口腔医院**

**护理人员进修申请表**

**（2024年8月修订）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴半寸彩照 |
| 学历 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 单位名称 |  |
| 进修科室及时间 | 可选择2-3个专业（科室），分别注明进修科室及时间 |
| 本人主要学历、工作经历 |  |
| 本人表现 |  |
| 选送单位意见（加盖公章） | 单位意见： 单位（公章） 日期： 年 月 日   |

**注**：此表填好后，所在单位提出意见加盖公章请寄到我院，经医院同意接到进修通知后方能

来我院报道。