

护理人员进修手册

姓 名：

选送单位：

进修科室：

填写日期：

云南省精神病医院护理部

二〇二四年制

填表须知

1. 申请人员填报本表前，请先仔细阅读《进修须知》。
2. 申请人员填报本表后，由所在单位盖章后交到我院护理部。
3. 进修护士管理部门：护理部（联系电话：0871－65619325）
4. 进修人员申请表可登陆云南省精神病医院网站 (下载专区)
5. 网址：www.ynjs.com.cn 进行下载。

**进修须知**

**一、 申请程序**

凡需前来我院进修的护士，按照招生简章上的要求按时完成报名。

**二、 申请条件**

1、具有良好医德医风、遵纪守法，无重大护理差错事故。

2、具备正规医学院校护理专业中专及以上学历并获得护士执业证书，两年以上的本专业临床工作经验。

3、身体健康；非孕期、非哺乳期。

**三、要求**

1、进修护士要严格遵守国家的法律、法规和我院的各项规章制度。服从领导、遵守我院护士的仪表要求，树立良好的医德医风，全心全意为病人服务，维护医院声 誉及医务工作者的尊严。

2、进修护士应明确进修目的，积极参加护理部及进修科室组织的各项培训和考核。严格执行级别护理制度和护理技术操作规程，在护士长及带教老师的指导下，认真完成进修科室各种班次的临床护理工作，严防差错事故的发生。

3、进修人员应爱护我院财产和资源，不得擅自拷贝、拿走我院各种资料和物品，如损坏物品和器械，按有关规定由个人赔偿。如违反规定者，立即终止进修。

4、进修期间严格遵守劳动纪律，不得迟到、早退或旷工，不得擅离工作岗位，无故旷工者将通报选送单位并终止进修。进修期间一律不安排探亲假及产假，原则上不准请事假，如有特殊情况，必须由选送单位出具证明或函件（传真）致我院护理部，说明请假事由、起止时间，经护理部及科室护士长同意后方可离开。休假期满后，必须按时返回销假，逾期者将作为自动终止进修，我院不再安排进修学习。病假须出示二级以上综合医院病情证明并报选送单位知晓。不论病假或事假均需延期补足请假时间。

5、进修科室和期限：进修三个月者只能选一个科室；进修六个月者最多选两个科室。在办理进修手续前选定好科室，中途不予更改。

6、进修期满前一周，本人书写自我鉴定，由科室护士长进行考评并填写科室鉴定后，交护理部签署意见，进修时间超过三个月考核合格者予发结业证书。

7、积极参加我院护理部组织的专题学习每月一次，并做好相关记录。

8、用物要求：报到时请出示身份证、护士执业证书原件及复印件、近期半寸照片2张、自备工作服（须含衣服、白裤子、白鞋子）。

9、住宿（铺盖由我院提供）：进修人员住宿费于报到时一次交清，若我 院无床位时则自行解决，昆明地区进修人员住宿自行解决。入住进修生集体宿舍，不得留宿外人。进修结束须办结住宿清单。

10、离院手续：于进修结束当天，持相关资料到护理部办理结业手续。

**四、以下情况不予办理结业证书**

1、由于个人原因或选送单位原因，提前结束进修不满三个月者。

2、劳动纪律差，进修期限三个月，病事假超过一周未补者；进修期限六个月，病、事假超过两周未补者。

3、服务态度不好，工作责任心不强，发生医疗纠纷者。

4、违反医院相关规定，发生差错事故者。

5、未备案项目及关系单位零散短期参观学习者。

**云南省精神病医院护理进修登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 学 历 |  | 从事专业 |  |
| 技术职称 |  | 婚 姻 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 参加工作时间 |  |
| 现在工作单位及地址 |  |
| 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 护士证号 |  | 护士执业证注册有效期至 |  |
| 主 要 学 历 | 学习时间 | 学校 |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 工 作 经 历 | 履职时间 | 单位名称 | 任何职务 |
| 年 月至 年 月 |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  |
| 申请进修专业 |  | 时间 |  |
| 个人业务能力及进修方向 |  |
| 选送单位意见 |  签 字 (章) 年 月 日 |

**云南省精神病医院护理进修鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年龄 |  |
| 进修科目 |  | 进修时间 |  |
|  | 签字： 年 月 日 |
| 科 室 鉴 定 ︵ 含 考 勤 ︶ | 护士长签字 (章)年 月 日 |
| 护士长签字 (章)年 月 日 |
| 医 院 意 见 | 云南省精神病医院(章)年 月 日 |