附件1:

成都市第一人民医院专科护士培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **民族** |  | **贴照片处** |
| **籍贯** |  | **政治面貌** |  |
| **文化程度** |  | **职称/职务** |  |
| **工作单位** |  |
| **单位地址** |  |
| **单位电话** |  | **手机号码** |  | **微信号** |  |
| **申请培训专业** |  | **培训时间** |  | **电子邮箱** |  |
| **护士执业证编号** |  | **最近注册时间** |  |
| **身份证号码** |  |
| **主要工作经历** |  |
| **选送单位意见** |  **（盖章）** **年　　月　　日** |
| **接受单位意见** | **（盖章）****年　　月　　日** |
| **备注** |  |