附件：

**成都市中西医结合医院专科护士培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 职务 |  | 学历 |  | 年 龄 |  |
| 职称 |  | 学位 |  | 健康状况 |  |
| 籍贯 |  | 个人电话 |  | 护理部电话 |  |
| 工作单位： | 邮编： |
| 单位地址： | 申请培训专业： |
| 身份证号： | 培训时间：20 年 月 至 月 |
| 护士执业证编号： 最近注册时间：  |
| 主要学习工作经历 |  |
| 临床业务情况 |  |
| 送培单位意见 | 盖章 年 月 日 |

 此表复印盖章有效