**附件1 成都市妇女儿童中心医院**

**专科护士培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | | | 年 龄 | | |  | | | 照片 |
| 职 称 |  | | 身份证号 | |  | | | | 执业证编号 | | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | 培训专业 | | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | 毕业时间 | | |  | | |
| 联系地址 |  | | | | 联系电话 | |  | | | 邮政编码 | | |  | |
| 学历 | 博士□ 硕士□ 学士□ 本科□ 大专□ 中专□ | | | | | | | | | | | | | | |
| 参加工作年限 | |  | | 科室及职务 | |  | | | | | 专科从业年限 | | |  | |
| 主要  工作  经历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要  培训  经历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要  专业  能力 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 送培单位意见：  盖 章：  年 月 日 | | | | | | | | 培训基地意见：  盖 章：  年 月 日 | | | | | | | |

**本表复印盖章有效**