附件:

成都医学院第一附属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 |  | 出生年月 |  |
| 职称 |  | 学位 |  | 健康状况 |  |
| 工作单位： | 邮编： |
| 单位地址： | 邮箱： |
| 身份证号： | 联系电话： |
| 首次注册时间： | 延续/变更后最近注册时间：  |
| 护士执业证编号： | 申请培训专业： |
| 主要学习经历 | 时间 | 学校 | 专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要工作经历 | 时间 | 单位 | 工作科室 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 临床业务情况 |  |
| 送培单位意见 | 送培单位意见：单 位 公 章 年 月 日  |