**绵阳市中心医院**

**手术室护理专科护士培训基地学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性别 | |  | 职 称 |  | | 出生年月 | |  | | 贴照片处 |
| 最高学历 | | |  | | 民族 | |  | 健康状况 |  | | 联系电话 | |  | |
| 邮 箱 | | |  | | | | 身份证号码 | | |  | | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | 单位地址 |  | | | | | | |
| 单位等级 | | |  | | | | | 目前从事的专业及工作年限 | | | | |  | | |
| 护士执业证书编号 | | | |  | | | | 发证日期 | | | |  | | | |
| 主要工作经历 | 何年何月－何年何月 | | | | | | 在何单位学习/工作 | | | | | 职称职务 | | 备注 | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 证书审核  （接受单位审核） | | 类型 | | | | 是否完整 | | 真实性检查 | | | | | | 相关管理部分审查 | |
| 身份证 | | | | □完整 □缺项 | | □无异常 □待查 □伪造 | | | | | |  | |
| 学历证 | | | | □完整 □缺项 | | □无异常 □待查 □伪造 | | | | | |  | |
| 护士执业证书 | | | | □完整 □缺项 | | □无异常 □待查 □伪造 | | | | | |  | |

地址：四川省绵阳市涪城区警钟街常家巷12号，绵阳市中心医院护理部

邮政编码：610041联系电话：0816-2239671　　网址：[www.myzxyy.com](http://www.myzxyy.com)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本  人  现  有  业  务  水  平 |  | |
| 选送单位对进修人员的政治思想、业务能力和工作表现评价 | 护理部负责人（签字）  年 月 日 | |
| 选送  单位  意见 | 单位（盖章）  　 　年　　 月　　 日 | |
| 接  受  单  位  意  见 | 科室  意见 | 科室负责人（签字）：　　　年　　月　　日 |
| 护理部  意见 | 护理部意见（章）　　年　　月　　日 |
| 备  注 |  |  |

**绵阳市中心医院**

**静脉输液专科护士培训基地学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性别 | |  | 职 称 |  | | 出生年月 | |  | | 贴照片处 |
| 最高学历 | | |  | | 民族 | |  | 健康状况 |  | | 联系电话 | |  | |
| 邮 箱 | | |  | | | | 身份证号码 | | |  | | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | 单位地址 |  | | | | | | |
| 单位等级 | | |  | | | | | 目前从事的专业及工作年限 | | | | |  | | |
| 护士执业证书编号 | | | |  | | | | 发证日期 | | | |  | | | |
| 主要工作经历 | 何年何月－何年何月 | | | | | | 在何单位学习/工作 | | | | | 职称职务 | | 备注 | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 证书审核  （接受单位审核） | | 类型 | | | | 是否完整 | | 真实性检查 | | | | | | 相关管理部分审查 | |
| 身份证 | | | | □完整 □缺项 | | □无异常 □待查 □伪造 | | | | | |  | |
| 学历证 | | | | □完整 □缺项 | | □无异常 □待查 □伪造 | | | | | |  | |
| 护士执业证书 | | | | □完整 □缺项 | | □无异常 □待查 □伪造 | | | | | |  | |

地址：四川省绵阳市涪城区警钟街常家巷12号，绵阳市中心医院护理部

邮政编码：610041联系电话：0816-2239671　　网址：[www.myzxyy.com](http://www.myzxyy.com)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本  人  现  有  业  务  水  平 |  | |
| 选送单位对进修人员的政治思想、业务能力和工作表现评价 | 护理部负责人（签字）  年 月 日 | |
| 选送  单位  意见 | 单位（盖章）  　 　年　　 月　　 日 | |
| 接  受  单  位  意  见 | 科室  意见 | 科室负责人（签字）：　　　年　　月　　日 |
| 护理部  意见 | 护理部意见（章）　　年　　月　　日 |
| 备  注 |  |  |