附件

成都市第四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 | | 省　　　　市（县） | | | | | | | | | | 邮编 | |  | | |
| 文化  程度 | | |  | | | 健康  状况 | | | |  | | 政治  面貌 |  | | | |
| 工作  单位 | | |  | | | | | | | | | 电话 |  | | | |
| 单位  所在地 | | |  | | | | | | | | | 职称 |  | | | | |
| 申请  培训专业 | | | | 精神科护理 | | | | | | | | E-mail |  | | | | |
| 护士执业证编号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主要工作经历 | 起止时间 | | | | | | | 工作单位 | | | | | | | | 职称 | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 单位推荐意见 | 领导签字：  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |