**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**