**附件**

**成都市第三人民医院专科护士培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 学历 |  | 贴照片处 |
| 职称 |  | 职务 |  | 邮 编 |  |
| 参加工作年限 |  | 专科从事年限 |  |
| 工作单位 |  | 工作科室 |  |
| 护理专业毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 护士执业证编号 |  | 身份证号 |  |
| 申请培训专业 |  | 培训时间 | 20 年 月 |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 送培单位推荐意见 | 盖 章年 月 日  |

**此表单位盖章有效**