**附件1 川北医学院附属医院**

**专科护士培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | | 年 龄 | |  | | | | 近期照片 |
| 职 称 | |  | 身份证号 |  | | 护士执业注册号 | |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | | 科室及职务 | |  | | | |
| 申请培训专业 | | |  | | | 邮政编码 | |  | | | |
| 护理专业毕业院校 | | |  | | | 毕业时间 | |  | | | | |
| 学 历 | 博士□ 硕士□ 学士□ 本科□ 大专□ 中专□ | | | | | | 联系电话 | |  | 邮箱 |  | |
| 参加工作年限 | | |  | | 专科从业年限 | |  | | | | | |
| 主要  工作  经历 |  | | | | | | | | | | | |
| 主要  专业  成绩 |  | | | | | | | | | | | |
| 送培  单位  意见 | 盖章    年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 接受  单位  意见 | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |