**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 |