# 成都医学院第一附属医院专科护士培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  信  息 | 姓名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  | 照  片 |
| 职务 |  | 学历 |  | 出生年月 | |  |
| 职称 |  | 学位 |  | 健康状况 | |  |
| 工作单位： | | | | | 邮编： | |
| 单位地址： | | | | | 邮箱： | | |
| 身份证号： | | | | | 联系电话： | | |
| 护士执业证编号： 最近注册时间： | | | | | | | |
| 申请培训专业： | | | | | | | |
| 主要学习工作经历 |  | | | | | | | |
| 临床业务情况 |  | | | | | | | |
| 送培单位意见 | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | |

此表复印盖章有效