**附件1：**

**四川省骨科医院专科护士培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 贴照片处 |
| 籍贯 | 省 市（县） | 学历 |  |
| 健康状况 |  | 职称 |  | 个人电话 |  |
| 工作单位 |  | 护理部电话 |  |
| 单位详细地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 申请培训专业 |  | 培训时间 | 20 年 月 |
| 护士执业证编号及最近注册时间 |  |
| 主要学历 | 起 止 时 间 | 学 校 名 称 | 备 注 |
|  |  |  |
| 主要工作经历 | 起 止 时 间 | 工 作 单 位 名 称 | 职 称 |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人政治 | 表现 |  |
| 本人现有业务水平 |  |
| 外语水平 |  |
| 选送单位意见 |  | （盖章） | 年 | 月 | 日 |
| 接受单位意见 | 科室意见 | 科室负责人 | 年 | 月 | 日 |
| 院系意见 | 院系负责人 | 年 | 月 | 日 |
| 备注 |  |

填表说明：各栏都必须认真填写,无缺项。