**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 | |  | | | | |

注：1、填表说明：各栏都必须认真填写,无缺项。

2、双面打印。