**附件**

**成都市第三人民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） | 邮编 |  |
| 文化程度 |  | 健康状况 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 电话 |  |
| 单位所在地 |  | 职称、职务 |  |
| 申请培训专业 |  | 培训时间 | 20 年 月 | E-mail： |
| 护士执业证编号 |  | 身份证号 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 单位推荐意见 |  |

**此表复印盖章有效**