**贵州省专科护士培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别: □男 □女 | | 年龄: | 职务职称: | 工作年限: |
| 身份证号: | | | | 护士注册号: | |
| 工作单位: | | | | 工作部门: | |
| 联系电话; | | | | 邮政编码: | |
| 护理专业毕业院校; | | | | 毕业时间: | |
| 目前学历:□硕士 □学士 □本科 □大专 □中专 | | | | 健康状况: | |
| 申请培训专科: □骨科 □手术室 □急诊急救 □器官移植 □肿瘤 □血液透析 | | | | | |
| 主要受教育经历(从护校开始，何时在何地学习，含进修和短期学习等) | |  | | | |
| 主要工作经历(从参加护理工作开始) | |  | | | |
| 主要专业成绩 | |  | | | |
| 工作单位意见 | | 盖章:  负责人: 年 月 日 | | | |
| 市 (州，地) 卫生局 意见 | | 盖章:  负责人: 年 月 日 | | | |

(本表复制有效) 填表日期: 年 月 日