附件1

**四川省妇幼保健院·四川省妇女儿童医院·成都医学院附属妇女儿童医院**

**四川省专科护士培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **身份证号码** |  |
| **所在单位** |  | **联系电话** |  |
| **毕业学校** |  | **学历** |  |
| **护士执业资格证取得时间** |  | **拟报名专科****护士专业\*** |  |
| **通讯地址** |  |
| **电子邮箱** |  | **是否住宿** |  |
| **职称/职务** |  | **参加工作****时间** |  | **从事该专业护理工作时间** |  |
| **主要学习工作简历** | **起止年月** | **学习或工作单位** | **职务、职称** |
|  |  |  |
| **医院推荐意见** | 医院负责人签字：医院盖章：日期： |

\*拟报名专科护士专业：新生儿、助产、儿科、母婴、妇科。