附件2 专科护士培训申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |  出生年月 |  |
| 职 称 |  | 职 务 |  | 学 历 |  |
| 工作医院、科室 |  |
| 地 址（邮 编） |  |
| 邮箱（必填） |  | 联系电话 |  |
| 独立从事本专业工作时间 |  |
| 工作经历及培训经历 |  |
| 专业工作主要业绩 |  |
| 申报培训专科名称 |  |
| 医院审核意见 | 盖 章  年 月 日 |

备注：本表复制有效。