

附件

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: ☐ 重症监护 ☐ 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	
工作单位意见签	负责人: _____ 盖章: _____ 年 月 日
市 (州, 地) 卫生局 意见	负责人: _____ 盖章: _____ 年 月 日

(本表复制有效)

填表日期: _____ 年 月 日