附件 1：

贵州省专科护士培训学员申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | | 性别： | 年龄： | 职务/职称： | 免冠白底小 2 寸彩照 |
| 身份证号： | | | | 护士注册号： |
| 工作单位： | | | 工作部门： | 护理部电话： |
| 联系电话： | | | 工作年限： | 邮政编码： |
| 护理专业毕业院校： | | | | 毕业时间： |
| 目前学历： 口硕士 口学士 口大专 口中专 | | | | 健康状态： |
| 申请培训专科： | | | | | |
| 专业教育经历 |  | | | | |
| 主要工作经历 |  | | | | |
| 主 要 专 业 成 绩 |  | | | | |
| 工 作 单 位 意 见 | 盖章 (护理部或单位公章) ：  负责人：  年 月 日 | | | | |