附件

成都市第四人民医院专科护士培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 贴照片处 |
| 籍贯 | 省　　　　市（县） | 邮编 |  |
| 文化程度 |  | 健康状况 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 电话 |  |
| 单位所在地 |  | 职称 |  |
| 申请培训专业 | **精神科护理** | E-mail |  |
| 护士执业证编号 |  | 注册有效期至 |  年 月 日 |
| 主要工作经历 |  |
| 单位推荐意见 |   单位盖章： 年 月 日 |