附件1

**广西第六期伤口造口失禁专科护士培训班学员报名表**

填表时间： 年 月 日 医院名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | 出生  年月 | |  | 政治面貌 | | |  | | 1寸正面  免冠相片 |
| 工作科室 |  | | | | | | | 职务 |  | | 职称 |  | | | |
| 工作年限 |  | | 伤口造口失禁专科  工作年限 | | | | |  | 护士注册号 | |  | | | | |
| 学历 |  | | 英语水平 | | |  | | 护理专业毕业院校 | | |  | | | | | |
| Email |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | 邮编 | |  | |
| 既往进修经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 进修医院 |  | | | | | | | 进修专科 | | |  | | | | | |
| 进修  起止时间 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | 进修证编号 | | |  | | | | | |
| 工作经历及培训内容、时间、培训单位 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送培单位意见 | | | | 盖章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 广西专业护士  认证委员会审核意见 | | | | 盖章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | | | |  | | | | | | | | | | | | |