附件1

**广西第七期康复护理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 |  | 康复专科工作年限 |  | 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 |  |