**四川省妇幼保健院·四川省妇女儿童医院·成都医学院附属妇女儿童医院**

**四川省新生儿专科护士培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓  名** |  | **性  别** | | |  | **身份证号** |  | |
| **所在单位** |  | | | | | **联系电话** |  | |
| **通讯地址** |  | | | | | **护士执业资格证取得时间** |  | |
| **邮箱** |  | | | | | **是否住宿** |  | |
| **职称/职务** |  | | **参加工作**  **时间** | |  | **毕业专业及学历** |  | |
| **主要学习工作简历** | 起止年月 | | | 学习或工作单位 | | | | 职务、职称 |
|  | | |  | | | |  |
| **医院推荐意见** | 医院负责人签字：           医院盖章  日期： | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |