**绵阳市中心医院**

**（ ）专科护士培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 职 称 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 最高学历 |  | 民族 |  | 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  | 单位地址 |  |
| 单位等级 |  | 目前从事的专业及工作年限 |  |
| 护士执业证书编号 |  | 发证日期 |  |
| 主要工作经历 | 何年何月－何年何月 | 在何单位学习/工作 | 职称职务 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 证书审核（接受单位审核） | 类型 | 是否完整 | 真实性检查 | 相关管理部分审查 |
| 身份证 | □完整 □缺项 | □无异常 □待查 □伪造 |  |
| 学历证 | □完整 □缺项 | □无异常 □待查 □伪造 |  |
| 护士执业证书 | □完整 □缺项 | □无异常 □待查 □伪造 |  |

地址：四川省绵阳市涪城区警钟街常家巷12号，绵阳市中心医院护理部

邮政编码：610041联系电话：0816-2239671　　网址：[www.myzxyy.com](http://www.myzxyy.com)

|  |  |
| --- | --- |
| 本人现有业务水平 |  |
| 选送单位对学员的政治思想、业务能力和工作表现评价 | 科室负责人（签字） 年 月 日 |
| 选送单位意见 |  单位（盖章）　 　 　年　　 月　　 日 |
| 接受单位意见 | 科室意见 | 科室负责人（签字）：　　　年　　月　　日 |
| 护理部意见 | 护理部意见（章）　　年　　月　　日 |
| 备注 |  |  |