**四川大学华西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） | 学历 |  |
| 健康状况 |  | 职称 |  | 个人电话 |   |
| 工作单位 |  | 护理部电话 |  |
| 单位详细地址 |  | 邮编 |  |
| 申请培训专业 |  | 培训时间 | 20 年 月 |
| 护士执业证编号及最近注册时间 |  |
| 主要学历 | 起　止　时　间 | 学　校　名　称 | 备　注 |
|  |  |  |
| 主要工作经历 | 起　止　时　间 | 工　作　单　位　名　称 | 职　称 |
|  |  |  |

地 址：成都市国学巷37号四川大学华西医院护理部 邮政编码：610041

联系电话：028－85422044　　　　　 网 址：[www.cd120.com](http://www.cd120.com)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人政治 | 表现 |  |
| 本人现有业务水平 |  |
| 外语水平 |  |
| 选送单位意见 | （盖章）　　　　　年　　月　　日 |
| 接受单位意见 | 科室意见 | 科室负责人　　　　　年　　月　　日 |
| 院系意见 | 院系负责人　　　　　年　　月　　日 |
| 备注 | 申请表需申请者所在医院审核盖公章，并请将护士执业证书、身份证及最高学历毕业证复印件与申请表一同快递至联系地址。 |

填表说明：各栏都必须认真填写。