**附件1：**

南京市市级传染病护理专科护士培训学员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片（小二寸正面彩色免冠） |
| 出生年月 |  | 最高学历 |  |
| 毕业院校 |  | 英语水平 |  |
| 职称 |  | 职务 |  |
| 身份证号 |  | 所报临床专科年限 |  |
| 工作单位 |  | 目前所在科室 |  |
| 医院等级 |  | 床位数 |  |
| 单位发票抬头 |  | 单位税号 |  |
| 开始工作时间 |  年 月 |
| 联系地址 |  （邮编： ） |
| 联系电话 |  |  邮 箱 |  |
| 护理部 | 联系人： 联系电话： 邮箱： |
| 工作经历（ 工作后各专科轮转经历） |  |
| 以往参加过何种相关培训或进修 |  |
| 发表相关论文及科研项目 |  |
| 单位推荐意见（护理部盖章）年 月 日 | 培训基地意见：（盖章） 年 月 日 | 管委会意见：（盖章） 年 月 日 |

注： 以上填写信息真实有效，若有虚假成份，报名资格自动失效。