附件：

**中国康复医学会**

**心肺康复护理专业委员会**

**心肺康复护理专科护士资质认证**

**申**

**请**

**表**

**选送单位：**

**姓 名：**

**电子邮箱**：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **一寸**  **照片** |
| **学历 学位** |  | **身份证号码** | |  | |
| **专科培训单位** |  | | **专科培**  **训时间** |  | |
| **参 加 工**  **作 时 间** |  | **工作**  **科室** |  | **职 称**  **职 务** |  |
| **心肺康复专业工作时间** |  | | **联系电话(手机)** | |  | |
| **主 要**  **学 习**  **工 作**  **经 历** |  | | | | | |
| **主要著作论文与学术成果** |  | | | | | |
| **选 送**  **单 位**  **意 见** | 盖章 年 月 日 | | | | | |
| **学 会**  **审 批**  **意 见** | 年 月 日 | | | | | |