附件2

**康复护理专科护士培训**

**申**

**请**

**表**

选送单位：

姓 名：

培训专业：

培训时间：

电子邮箱：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 一寸照片 |
| 学 历 |  | 身份证号码 |  |
| 参 加 工作 时 间 |  | 职 称 |  | 职 务 |  |
| 临床工作时间 |  | 联系电话 | （手机） |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 主 要学 习经 历 |  |
| 主 要工 作经 历 |  |
| 选 送单 位意 见 |   盖 章 年 月 日 |