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 | | | | | | | |