附件：

**中国康复医学会康复护理专业委员会**

**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 |  |
| 康复专科培训单位 |  | 专科培训时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 工作科室 |  | 职 称职 务 |  |
| 康复专业工作时间 |  |  联系电话(手机) |  |
| 主要学习工作经历 |  |
| 主要著作或论文与学术成果 |  |
| 选送单位意见 |  盖章 年 月 日 |
| 学会审批意见 |  年 月 日 |