“**会阴侧切缝合与裂伤修复技能比赛技能比赛”申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | 英语水平 |  | | 照片 |
| 职务 |  | 职称 | |  | 最高学历 | |  | 第一学历 |  | |
| 身份证号 |  | | | | 母婴技术上岗证编号 | | |  | | |
| 单位 |  | | | | 科室 | | |  | | | |
| 邮政编码 |  | | 邮箱 | | |  | | 电话号码 | |  | |
| 微信号码 | |  | |
| 护理工作  年限 |  | | 专科工作年限 | | |  | | 参赛组别 | | □三级医院组  □基层医院组 | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | | |
| 专业主要成绩 |  | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | 签名: 盖章：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 专委会意见 | 签名: 盖章：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |