附件：

广东省中英合作护理培训项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  | 贴相片处（彩色） |
| 学历 |  | 职务（职称） |  | | |
| 毕业院校及毕业时间 | |  | | | |
|
| 工作单位 |  | | | 科室 |  |
| 护理工作年限 |  | 现专科工作年限 |  | | | |
| 雅思成绩（IELTS ACADEMIC） | （成绩单扫描附后，最迟于6月1日提供） | | | | | |
|
| 邮编 |  | 住址 |  | | | |
| 手机 |  | 电子邮箱 |  | | | |
| 单位联系地址 |  | | | | | |
| 单位联系人 |  | 联系方式 |  | | | |
| 意向学校 | | 第一志愿 |  | | | |
| 第二志愿 |  | | | |
| 第三志愿 |  | | | |
| 学习简历（从高中至今） |  | | | | | |
|
|
|
|
|
| 工作简历 |  | | | | | |
|
|
|
|
|
| 科室意见 | 签名： 日期： | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 护理部意见 | 签名（盖章）： 日期： | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 单位意见 | 签名（盖章）： 日期： | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 其他情况说明 |  | | | | | |
|
|
|
|
| 备注：请于4月30日前将本表扫描发送至gdwsguoji@163.com | | | | | | |