**关于举办《新生儿专科护士培训班》报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **年龄** | **性别** | **职称** | **职务** | **学历** | **单位** | **联系电话** | **纳税人识别号/社会信用代码** | **是否****住宿** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

请相关单位将参会人员《新生儿专科护士培训申请表》于2021年3月1日前E-mial至邮箱：ekhxnurse@163.com，并扫描二维码填写报名回执。

**广东省护理学会新生儿专科护士培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 护士执业证号 |  |
| 单位 |  | 科室 |  |
| 邮政编码 |  | 近5年在各级杂志发表论文数/参与市级以上科研数 |  | 电话号码 |  |
| 邮箱 |  |
| 护理工作年限 |  | 专科工作年限 |  | QQ号 |  |
| 学习经历 |  |
| 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 |