**广东省脑卒中康复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** | |  | | | **护士注册号** | |  | |
| **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** | | | | | | | | |

（本表复制有效） 填表日期： 年 月 日