**附表 广东省康复护理专科护士培训班学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 | |  | 1寸相片 |
| 学 历 |  | 身份证号码 |  | | | |
| 参加  工作时间 |  | 职 称 |  | 职 务 |  | |
| 所 在  科 室 |  | 联系电话 |  | | | | |
| 单 位  名 称 |  | | **纳税人识别号：** | | | | |
| 单 位  地 址 |  | | | | | | |
| 意向实践模块 | □脊髓损伤康复护理□脑卒中脑损伤康复护理 □小儿脑瘫康复护理 □心肺康复护理 □重症康复护理□骨及骨关节康复护理  □烧伤康复护理 □术后快速康复护理□精神心理康复护理 □风湿疾病康复护理□中医及社区康复护理  其他  **说明：请在意向实践模块前打“√”，每人上报 2个模板**。 | | | | | | |
| 主要学习和工作经历 |  | | | | | | |
| 单 位 意 见 | 签名： 盖章：  年 月 日 | | | | | | |

此表填写后加盖护理部或医院公章扫描发送至405363044@qq.com。