附表：

**广东省护理学会临床营养治疗专科护士培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 年龄 |  | 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 |  | | | | | 所在科室 |  | | |
| 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 | |  | | 手机号码 |  | | |
| 邮 箱 |  | | |
| 临床工作年限 |  | QQ 号 | |  | | 微信号 |  | | |
| 学习经历 |  | | | | | | | | |
| 工作经历  工作经历 |  | | | | | | | | |
| 专业主要成绩 |  | | | | | | | | |
| 单位意见 | 签 名: 盖 章：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 学会意见 | 签 名: 盖 章：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |

（本表复制有效） 填表日期： 年 月 日

**《临床营养治疗专科护士高级研修班》报名回执**

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

单位盖章

年 月 日