**四川省妇幼保健院·四川省妇女儿童医院·成都医学院附属妇女儿童医院**

**四川省新生儿专科护士培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓  名** |  | **性  别** |  | **身份证号** |   |
| **所在单位** |  | **联系电话** |   |
| **通讯地址** |  | **护士执业资格证取得时间** |   |
| **邮箱** |  | **是否住宿** |   |
| **职称/职务** |  | **参加工作****时间** |  | **毕业专业及学历** |   |
| **主要学习工作简历** | 起止年月 | 学习或工作单位 | 职务、职称 |
|    |     |     |
| **医院推荐意见** |    医院负责人签字：           医院盖章            日期： |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |