**附表： 内江市第二人民医院肿瘤专科护士培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **民族** |  |  |  **贴照片处** |
| **籍贯** |  | **政治面貌** |  |
| **文化程度** |  | **职称/职务** |  |
| **工作单位** |  |
| **单位地址** |  |
| **办公电话** |  | **手机号码** |  | **QQ** |  |
| **申请培训专业** | **肿瘤专科** | **培训时间** |  | **邮编** |  |
| **护士执业证编号** |  | **最近注册时间** |  |
| **身份证号码** |  |
| **主要工作经历** |  |
| **选送单位意见** |  **（盖章）** **年　　月　　日** |
| **接受单位意见** | **（盖章）****年　　月　　日** |
| **备注** |  |