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（一寸蓝底近照） |
| 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号 |  |
| 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 |  |