附件1：

江苏省中医护理专业化护士培训学员报名表

**报名年份：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片（小二寸正面彩色免冠） |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  |
| 职称 |  | 职务 |  |
| 临床工作年限 |  | 临床护理带教年限 |  |
| 开始工作时间 |  年 月 |
| 工作单位 |  | 目前所在科室 |  |
| 单位发票抬头 |  | 单位税号 |  |
| 联系地址 | （邮编： ） |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 工作经历（工作后各专科轮转经历） |  |
| 以往参加过何种相关培训或进修 |  |
| 发表相关论文及科研项目 |  |
| 单位推荐意见：（护理部盖章） 年 月 日 |

注：以上填写信息真实有效，若有虚假成份，报名资格自动失效。