附件2

《第一期传染病专科护士培训班》学员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 请贴上红底一寸照片 |
| 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 学位 |  | 护士执业注册号 |  |
| 职称 |  | 职务 |  |
| 从事护理工作年限 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  |
| 联系方式 | 电话 |  | 邮箱 |  |
| 邮编 |  | 地址 |  |
| 工作经历（何时何地在某专科的工作经历） |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 以往参加过何种相关知识培训 |  |

|  |
| --- |
| 单位推荐意见： （盖章）年 月 日 |

注：请在2022年4月15日前将报名表（附件2）发送到邮箱cqgwzxhlb@163.com。