

# 《第二期加速康复外科护理专科护士培训班》回执单

单位：

纳税人识别号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 工作年限 | 职称 | 职务 | 联系电话 | 是否住宿 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：此表请发邮件至63606736@163.com（重庆市护理学会邮箱）。

重庆市护理学会《第二期加速康复外科护理专科护士培训班》学员报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  |  | 出生年月 |  | 请贴上一寸照片 |
| 政治面貌 |  |  | 学历 |  |
| 英语水平 |  |  | 学位 |  |
| 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 | 地址 |  | 邮编 |  |
| 电话 |  | 手机 |  | E-mail |  |
| 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 |  |  |
| 发表论文及科研工作情况 |  |  |
| 单位推荐意见：（盖章）年 月 日 |  | 重庆市加速康复外科护理专科护士培训基地意见：（盖章）年 月 日 |

注：此表请发邮件至2986440387@qq.com，1061958297@qq.com（重医附二院培训基地邮箱）。