附件2：

**第四期眼科专科护士学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 出生年月 |  | | 请贴上2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 |  | | E-mall |  | |
| 手机 |  | | 电话 |  | |
| 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 | | | | | | |

注:此表发送至545540640@qq.com（重医附一院培训基地联系人（罗清月）。