附件1：

**重庆市护理学会**

**《第十三期血液净化专科护士培训班》回执**

单位名称：

纳税人识别号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 工作年限 | 职称 | 职 务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件2：

**重庆市护理学会血液净化专科护士学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **出生年月** | |  | | **请贴上**  **二寸照片** | |
| **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** | | | | | | | | |

注：此表请发至2577949230@qq.com（重医附三院培训基地邮箱）。