**附表 国际失禁专科护士培训项目学员报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名  |   | 性 别  |   | 出生年月  |   | 贴相片 |
| 第一学历  |   | 最高学历  |   | 英语水平  |   |
| 职称  |   | 职务  |   | 政治面目  |   |
| 工作单位  |   | 科 室  |   |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| E-mail  |  | 工作年限 |  |
| 身份证号  |  | 微信号 |  |
| 办公电话 |  | 手 机  |  |
| 个 人简 历（护理专业学习和护理工作） |  |
| 参加过何种相关培训 |   |
| 专业成绩（由个人填写） |  签名：  年 月 日 |
| 选送单位护理部意见 | 负责人签名：（选送单位加盖公章）年 月 日 |
| 招生部门意见 | □同意 □不同意 年 月 日 |