**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 | | | | | |