附件1

深圳市社区糖尿病亚专长护士培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 第一学历 |  | 照片 |
| 职务 |  | 职称 |  | | 最高学历 |  | 学分卡号 |  |
| 身份证号 | |  | | | 护士注册号 | |  | |
| 单位 |  | | | | | 所在社康 |  | | |
| 社康工作年限 |  | 邮箱 | |  | | 通讯地址 |  | | |
| 电话 |  | | |
| 学习  经历 |  | | | | | | | | |
| 工作  经历 |  | | | | | | | | |
| 主要  工作  业绩 |  | | | | | | | | |
| 单位  意见 | 签名： 盖章：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 项目组  意见 | 签名： 盖章：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |