附件：

遂宁市民康医院精神科护士规范化培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 2寸照片粘贴处 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 文化程度 |  |
| 健康状况 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业学校 |  | 职 称 |  |
| 执业证编号 |  | 培训时间 |  |
| 主要学校经历 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 护理部/人事科意见 |  |