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 | |  | | | | | |