附件：

遂宁市民康医院精神科护士规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 电子证照彩打 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 身 高 |  |
| 健康状况 |  | 文化程度 |  |
| 毕业学校 |  | 专 业 |  |
| 执业证编号 |  | 取得该资格时间 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 主要学校经历 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 护理部意见 |  |