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 | |  | | | | | |