****

**云南省神经科专科护士培训班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （一寸彩照） |
| 学历 |  | 职 称 |  | 执业证号 |  |
| 参加工作时间 |  | 职 务 |  | 申请学习专科 | 神经科 |
| 学习时间 | 自 年 月 日至 年 月 日 | 报到日期 | 年 月 日 |
| 工作单位 |  | 邮 箱 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 主要学习经历 |  |
| 学习目的与要求 |  |
| 选送单位意见 |  签字（盖章）： 年 月 日 |
| 接收医院审核意见 | 签字（盖章）： 年 月 日 |