**河南中医药大学第一附属医院**

**2019年河南省康复护理专科护士培训班申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 一寸照片 |
| 学 历 |  | 身份证号码 |  |
| 参加 工作 时 间 |  | 职 称 |  | 职务 |  |
| 康复专科工作时间 |  | 联系电话 | （手机） |
| 单位名称 |  | 科室名称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| E-mail |  | 微 信 号 |  |
| 住 宿 | 是□ 否□ |
| 主 要学 习经 历 |  |
| 主 要工 作经 历 |  |
| 选 送单 位意 见 |  单位盖章 年 月 日 |