附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | | 性　　别 |  | | 照片  （小二寸正面  彩色免冠） |
| 出生年月 |  | | 最高学历 |  | |
| 英语水平 |  | | 毕业院校 |  | |
| 职　　称 |  | | 职　　务 |  | |
| 身份证号 |  | | 所报临床  专科年限 |  | |
| 工作单位 |  | | | 所在科室 | |  |
| 开始工作时间 | 年    月 | | | | | |
| 护理部 | 联系人：           联系电话： | | | | | |
| 联系地址 | （邮编： ） | | | | | |
| 本人联系方式 | 电话：      电子邮箱： | | | | | |
| 所报专科项目名称及基地  所在医院名称 | 所报专科项目名称  基地所在医院名称 | | | | | |
| 工作经历  （工作后各专科轮转经历） |  | | | | | |
| 临床带教经历 |  | | | | | |
| 以往参加过何种相关培训或进修 |  | | | | | |
| 发表相关论文  及科研项目 |  | | | | | |
| 单位推荐意见：    （护理部盖章）（医院盖章）  年 月 日 | | 培训基地意见：    （盖章）  年 月 日 | | | 管委会意见：    （盖章）  年 月 日 | |

**连云港市专科护士培训学员报名表**

**注：以上填写信息真实有效，若有虚假成份，报名资格自动失效。**

附件3

**医院专科护士报名汇总表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **所在单位** | **联系方式** | **目前所在**  **科室** | **所报专科**  **领域** | **拟报培训**  **基地** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

护理部联系人： 联系电话：

附件4

**基地审核结果汇总表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **所在单位** | **联系方式** | **目前所在**  **科室** | **审核结果** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

基地联系人： 联系电话：