**附件：**

**驻马店市中医护理专科护士培训班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年度：2025年 项目名称：中医护理专科护士培训班**  **医疗机构名称：** | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **职务** | **职称** | **学历** | **从事临床护理**  **工作年限** | **相关专科工作**  **年限** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：[请认真核对信息，确认无误后，打印此表并加盖本院护理部公章，扫描成PDF版发至zmdszyyhlb@163.com](mailto:请认真核对信息，确认无误后，打印此表并加盖本院护理部公章，扫描成PDF版发至zyhlzkhs@163.com邮箱。)**

**[邮箱。](mailto:请认真核对信息，确认无误后，打印此表并加盖本院护理部公章，扫描成PDF版发至zyhlzkhs@163.com邮箱。)**

**医院护理部负责人签字： 联系电话（手机）：**

**（护理部盖章处）**