**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**

**邮箱。**

 **医院护理部负责人签字： 联系电话（手机）：**

 **（护理部盖章处）**