附件2： **重庆市呼吸专科护士学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 出生年月 | |  | | 请贴上  二寸照片 | |
| 政治面貌 |  | | | | 学 历 | |  | |
| 英语水平 |  | | | | 学 位 | |  | |
| 职 称 |  | | | | 职 务 | |  | |
| 从事护理工作年限 |  | | | | 身份证号码 | |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | |
| 发票抬头 |  | | | | 纳税人识别号 | |  | | | |
| 联系方式 | 地址 |  | | | | | 邮编 |  | | |
| 电话 |  | | 手机 | |  | | E-mail | |  |
| 工作经历（何时何地在某专科的工作经历） |  | | | | | | | | | |
| 以往参加过何种相关知识培训 |  | | | | | | | | | |
| 发表论文及  科研工作情况 |  | | | | | | | | | |
| 单位推荐意见：  （盖章）  年 月 日 | | | 重庆市呼吸专科护士培训基地意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

此表复印有效