**军队专科护士培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 专业技术职务 |  | 职 务 |  | 学 历 |  |
| 工作医院、科室 |  |
| 地址（邮编） |  | 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 独立从事本专业临床护理时间 |  |
| 工作经历及培训经历 |  |
| 主要专业工作情况 |  |
| 申报培训基地名称 | 陆军军医大学第一附属医院手术室（创伤急救）护理示范基地 |
| 选送医院审核意见 |  盖 章 年 月 日 |

**本表格复制有效。**