**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。**