**附件：**

**安徽国际造口治疗师学校学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 出生年月 |  | | 照片 |
| 政治面貌 |  | | 第一学历 |  | |
| 现有学历 |  | | 学 位 |  | |
| 英语水平 |  | | 职称/职务 |  | |
| 医院等级 |  | | 所在科室 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 联系方式  （请务必填写完整清晰） | 个人电话 |  | | | 个人邮箱 |  |
| 护理部电话 |  | | | 护理部邮箱 |  |
| 工作经历  （包括何时何地在某医院某专科工作） |  | | | | | |
| 培训经历  （以往参加伤口造口相关知识培训经历） |  | | | | | |
| 近3年发表  论文及科研  项目 |  | | | | | |
| 科室护士长推荐意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 护理部推荐意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | |