

附件:

山东省康复护理专科护士岗位培训申请表						
姓名		性别		出生日期		照片
民族		参加工作时间				
工作单位						
科室及职务				从事本专业工作年限		
护士注册号						
通讯地址				电子邮箱		
身份证号				联系电话		
毕业院校名称				毕业时间	学历	学位
至今从事本专业工作经历						
近五年参加教育培训情况						
工作单位意见(盖章)						
年 月 日						
填表日期						