湖南省护士本土化培养报名登记表

县 乡 镇村 报名编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 近期2寸免冠照片 |
| 文化程度 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 联系电话 | 电话1： 电话2： |
| 详细通讯地址 |  |
| 主要学习和工作经历 |  |
| 本人意见自愿并签名 | 　 |
| 村委会意见（签章） | 　 |
| 乡镇卫生院意见（签章） | 　 |
| 县市区卫健局意见（签章） |  |
| 市州卫健委意见（签章） |  |
| 省卫健委基层处意见（签章） |  |
| **注：本表须由自愿参加基层护士人才培养人员本人填写，一式三份，县市区卫健局、省卫计委培训中心、湖南护理学校各留存一份。** |