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。** | | | | | | |