**附件：苏州市糖尿病护理专科护士培训班申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 出生年月 | |  |
| 工作单位 |  | | 所在科室 | |  |
| 职务 |  | | 职称 | |  |
| 学历 |  | | 工作年限 | |  |
| 英语水平 |  | | 专科工作年限 | |  |
| 联系方式 | 地址 |  | | 邮编 |  |
| 电话 |  | | E-mail |  |
| 工作经历 |  | | | | |
| 教育经历 |  | | | | |
| 参加专业培训情况 |  | | | | |
| 发表论文和课题情况 |  | | | | |
| 单位推荐意见：（盖章）  年 月 日 | | | 护理学会意见  年 月 日 | | |