附：

苏州市危重症护理岗位培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 出生年月 | |  |
| 工作单位 |  | | | 所在科室 | |  |
| 职务 |  | | | 职称 | |  |
| 学历 |  | | | 工作年限 | |  |
| 本院ICU开设时间及床位数 |  | | | 本专科年限 | |  |
| 联系方式 | 地址 |  | | | 邮编 |  |
| 电话/手机 |  | | | E-mail |  |
| 护理部 | 联系人 |  | | | E-mail |  |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 参加专业知识 培训情况 |  | | | | | |
| 发表论文及科 研情况 |  | | | | | |
| 推荐单位推荐意见  年 月 日 | | | 护理学会意见  年 月 日 | | | |

住宿：  是  否