**河南省人民医院**

**2019年河南省静脉治疗专科护士培训班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | 照片 |
| 科室 |  | 学历 |  | | 工作年限 |  |
| 联系电话 |  | 职务 |  | | 职称 |  |
| 电子邮箱 |  | | 身份证号 | |  | | |
| 工作单位 |  | | 联系地址 | |  | | |
| 是否参加过静脉治疗相关专科护士培训 | 是 □ 否□ | | | | | | |
| 是否已获得PICC专科培训证书 | 是 □ 否□ | | | | | | |
| 以往参加过何种培训或进修 |  | | | | | | |
| 单位推荐意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | 培训基地意见：  （盖章）  年 月 日 | | | |

备注：手机、E-mail需填写清楚