**附件1**

**河南省肿瘤医院2025年信息专科护士培训班报名表**

|  |
| --- |
| 一、申请人基本信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 科室 |  | 学历 |  | 学位 |  | 职称 |  |
| 英语水平（等级） |  | 邮箱 |  | 微信号 |  |
| 健康状况 |  | 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 单位名称 |  | 通讯地址 |  |
| 二、学习培训及工作经历 |
| 学习培训经历 | 起止时间 | 所 在 学 校 | 专 业 | 学 位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 所 在 单 位 | 所在科室 | 工作岗位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 科研及论文情况 |  |
| 单位意见 | 单位盖章 年 月 日 |

备注：手机、微信号、邮箱需填写清楚，学历为最高学历