**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