**阜外华中心血管病医院**

**2021年心血管专科护士培训班报名回执表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 学 历 |  | 职 称 |  | 职 务 |  |
| 参加工作时间 |  | | 心血管护理相关方向工作年限 | |  |
| 单位名称 |  | | 科室名称 |  | |
| 通讯地址 |  | | 邮编 |  | |
| 办公电话 |  | | 微信号 |  | |
| E-mail |  | | 手机 |  | |
| 拟参加培训的时间 |  | | | | |
| 单位意见 | 单位盖章  年 月 日 | | | | |

备注：手机、微信、E-mail需填写清楚