附: 淋巴水肿手法引流及综合消肿治疗护理培训班学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | 照片  （小二寸正面蓝底免冠） |
| 出生年月 |  | | 最高学历 | | |  | |
| 英语水平 |  | | 毕业院校 | | |  | |
| 职 称 |  | | 职 务 | | |  | |
| 身份证号 |  | | ET 证书取得  时间 | | |  | |
| 医院等级 |  | | 医院床位数 | | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | 所在科室 | |  |
| 开始工作时间 | 年 月 | | | | | | | |
| 联系地址 |  |  | |  | | | (邮编： | ) |
| 联系电话 |  | 固定电话： | | 手机： | | |  |  |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | |
| 护理部 |  | 联系人： | | 联系电话： | | |  |  |
| 取得ET 证书后工作经历及专科门诊开设情况 |  | | | | | | | |
| 以往参加过何种淋巴水肿相关知识培训 |  | | | | | | | |
| 发表相关论文及科研项目 |  | | | | | | | |
| 单位推荐意见：  （医院盖章） （护理部盖章） 年 月 日 | | | | | 江苏省护理学会意见：  （盖章） 年 月 日 | | | |

**注：以上填写信息真实有效，若有虚假成份，报名资格自动失效。**