附件1：

2024年淋巴水肿综合消肿治疗护理专项培训班学员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 工作年限 |  |
| 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 |  |
| 近5年发表相关论文及科研项目 |  |
| 护理部推荐意见： （护理部盖章） 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。**