**附 件：**

**中国卫生人才培养项目第19期护理管理**

**全国培训班报名回执表**

医院盖章：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号（用于办理学分证书） |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 文化程度 | 本科以下□ 大学本科□ 硕士□ 博士□ 其他  |
| 移动电话 |  | E-mail |  |
| 办公电话 |  | 传 真 |  |
| 通讯地址 |  |
| **报名意向调查** |
| 1. 是否愿意分享自己在护理管理工作中的案例与经验？**是□ 否□** |
| 2. 是否愿意承担给其他医院的护理管理者授课的任务（担任项目特聘师资）？**是□ 否□** |
| 3.您在护理管理中，所遇到的最大的问题和最成功的经验是什么？ |
| 4.通过参加本项目，您希望得到哪些收获？ |

注：传真010-59935370、59935346

下载地址：http://www.21wecan.com/jypx/kzlm/wsrcpy/index.html