附件4

**中国妇幼保健协会**

专科助产士培训

申

报

表

申 请 人：

专科类别：

选送单位：

登记基地：

申请时间：

联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 临床工作时间 |  | 身份证号 |  |
| 医院级别 |  | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 主要学习经历 |  |
| 主要工作经历 | 签字年 月 日 |
| 选送单位意见 | 盖章年 月 日 |
| 学习成绩 | 科目 | 理论 | 技能 | 实习 | 综合 | 总成绩 |
| 分数 |  |  |  |  |  |
| 专科助产士考核委员会督导意见 |  |
| 《专科助产士》证书登记号 | 盖章年 月 日 |