**2017“阳光天使”全国最美护士**

**评选报名表**

|  |
| --- |
| **基本信息** |
| **姓 名** |  | **手机号码** |  |
| **微 信 号** |  | **电子邮箱** |  |
| **工 作 职 称** |  | **工作年限** |  |
| **工 作 单 位** |  |
| **工 作 科 室** |  |
| **护士执业证编号** |  |
| **科室每日门诊量** |  |
| **使用的采血管品牌** |  |
| **智能采血管理系统品牌** |  |
| **是否愿意成为公益形象大使： 是 □ 否 □** |

|  |
| --- |
| **个 人 履 历** |
| **时 间** | **学习经历（高中及以上学习经历）/学校名称** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **工 作 经 历** |
| **时 间** | **工 作 经 历** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **临 床 专 业 技 能** |
| 请分条描述个人岗位技能与特长 |

|  |
| --- |
| **个 人 获 得 的 荣 誉** |
| 请按时间段描述个人获得的资格证书与荣誉奖励等 |

|  |
| --- |
| **个人照片** |
| **工作照** | **生活照** |
|  |  |

**备注：个人照片请发高清图（2M以上）并以附件形式发送**

**报名表请发送至：**marketing@improve-medical.com

**邮件主题备注：**最美护士——医院名称——姓名

**报名表流程规则：**

**第一轮：**预赛海选（海选出25名选手进入第二轮）

**第二轮：**网络投票+专家评委会评选（网络投票占比20%，专家评委会评选占比80%，综合得分前12名可获得“阳光天使”最美护士）

**活动咨询：**毕小姐 Q Q：523975562（可发送报名表）

电 话：020-32312518（转820）

手 机：18588679264