绍兴市红十字会救护员信息表

**证书编号： 发证日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证件类型 |  身份证 | 证件号码 |  |
| 工作单位 |  |
| 文化程度 |   | 职 业 |  |
| 联系地址 |  | 固定电话 |  |
| 手 机 |  | 电子邮箱 |  |
| 培训日期 | 年 月 日 至 月 日 | 培训学时 | 16学时 |
| 发证红会 | 绍兴市红十字会 |
| **考 核 情 况** |
| 项目 | 理论知识 | 心肺复苏操作 | 创伤救护操作 | 出勤 |
| 成绩 |  |  |  |  |
| 主考 |  |  |  |  |
| **复 训 情 况** |
| 复训时间 | 项目 | 理论知识 | 心肺复苏操作 | 创伤救护操作 | 出勤 | 复训红会 |
|  | 成绩 |  |  |  |  |  |
| 主考 |  |  |  |  |  |
|  | 成绩 |  |  |  |  |  |
| 主考 |  |  |  |  |  |
|  | 成绩 |  |  |  |  |  |
| 主考 |  |  |  |  |  |
| 是否愿意成为红十字救护志愿者 | 是 □ 否□ |