**广元市中心医院护士规范化培训招生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | **性 别** |  | | | 近期二寸  免冠彩照 |
| **年 龄** | |  | | **民 族** |  | | |
| **籍 贯** | |  | | **身份证号码** |  | | |
| **政治面貌** | |  | | **身高(净身高)** |  | | |
| **健康状况** | |  | | **既往病史** |  | | |
| **婚姻状况** | |  | | **英语等级** |  | **护士执业证** | |  |
| **第一学历** | |  | | **学位** |  | | | |
| **毕业时间** | |  | | **毕业学校** |  | | | |
| **最高学历** | |  | | **学位** |  | | | |
| **毕业时间** | |  | | **毕业学校** |  | | | |
| **通讯地址** | |  | | | | | | |
| **联系方式** | | **手 机** | |  | | **电子邮箱** | |  |
| **其它联系方式** | |  | | | | |
| **何时何地何事**  **受过何种奖励** | |  | | | | | | |
| **学习及工作经历（从高中学习至今）** | | | | | | | | |
| **年 月 日至年 月 日** | | | **学校或医院名称** | | | | **备 注** | |
|  | | |  | | | | 高中 | |
|  | | |  | | | | 大学 | |
|  | | |  | | | | 实习 | |
|  | | |  | | | | 工作 | |
|  | | |  | | | |  | |
| **申**  **请**  **人**  **意**  **见** | 自愿以规范化培训学员身份参加广元市中心医院护士规范化培训，并承诺所填写资料真实，如弄虚作假，愿承担一切后果。  **申请人签字**  **年** **月** **日** | | | | | | | |