广元市中心医院护士规范化培训招生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | **性 别** |  | | | 贴  二  寸  彩  照 |
| **年 龄** | |  | | **民 族** |  | | |
| **籍 贯** | |  | | **身份证号** |  | | |
| **政治面貌** | |  | | **身 高** |  | | |
| **健康状况** | |  | | **既往病史** |  | | |
| **婚姻状况** | |  | | **英语考级** |  | **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（临床实习经历）** | | | | | | | | |
| **年 月 日至年 月 日** | | | **学校或医院名称** | | | | **备 注** | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| **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，培训专业及科室服从医院安排。  **申请人签字**  **年** **月** **日** | | | | | | | |