**附件眉山市中医医院**

**2023级护士规范化培训人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 2寸彩色近照 |
| 毕业学校 |  | | 出生年月 | |  | |
| 最高学历 |  | | 政治面貌 | |  | |
| 学位 |  | | 籍贯 | |  | |
| 联系电话 |  | | 身 高 | |  | |
| 护士执业证书 | 有 | 无 | 职称 | |  | |
| 特长 |  | | | | 民族 |  | |
| 学习  经历  （高中开始） | 起止时间 | | | 所在学校 | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| 实习  经历 | 起 止 时 间 | | | 所在单位 | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| 工作  经历 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 获奖情况 |  | | | | | | |
| 个人声明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。 | | | | | | | |
| 签名（请勿打印，须亲笔书写）： | | | | | | | |