**附件：**

**川北医学院附属医院2020年护士规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | **出生日期** | | |  | | | | 纸质贴一寸彩照  或电子档彩照 | |
| 性 别 |  | | 籍 贯 | | |  | | | |
| 民 族 |  | | 政治面貌 | | |  | | | |
| 婚姻状况 |  | | **健康状况** | | |  | | | |
| 身　　高 |  | | 特　　长 | | |  | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | 是否应届生 | | | |  |
| 第一学历 |  | 毕业学校 |  | **所学专业** | |  | | | **毕业时间** | |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校 |  | **所学专业** | |  | | | **毕业时间** | |  |
| **学　　位** | | |  | | | | | | **英语水平** | |  |
| **有无护士资格证书** |  | | **资格证书编号（护士资格考试成绩）** | | | | |  | | | |
| 生源地 省 市 [县、区] | | | 平均成绩 | | |  | | 年级排名 | |  | |
| 本人联系方式 | 手机 | |  | | | | QQ号码 | | | |  |
| E-mail | |  | | | | 其它方式 | | | |  |
| 家庭（父母）住址： 　　　　　　　　 联系电话： 　 邮编： | | | | | | | | | | | |
| 学习及工作经历（含临床实习经历） | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | 所在单位 | | | | 担任职务及实习轮转科室 | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |
| 信息确认  （必签字确认） | **本人承诺：以上填报信息及提交资料真实有效，如有作假，本人愿承担一切后果和责任！**  承诺人：    日　期： | | | | | | | | | | |