|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乐山市人民医院  2022年护士规范化培训报名表 | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  |  | |
| 年龄 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 | 是否 |
| 政治面貌 |  | 身高（cm） |  |
| 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 英语考级 |  | 护士资格证 | 有 无 | 护士执业证 | 有  无 |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 本人电话 |  |
| 通讯地址 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 身份证号 |  | | 父母电话之一 |  | |
| 何时何地何事受过何种奖励 |  | | | | |
| 学习及工作经历 | | | | | |
| 年 月至 年 月 | 学校、医院名称 | | 专业、轮转科室名称 | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| 申请人承诺：  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。自愿以规范化培训学员身份参加乐山市人民医院护士规范化培训，培训专业及科室服从医院安排。  签名：  注：此表不能打印，须上传亲笔签名截图。  2022年 月 日 | | | | | |