附件

**内江市第二人民医院**

**医疗护理员培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | 免冠蓝底2寸照片 |
| **学历** |  | **籍贯** |  | **健康状况** |  |
| **身份证号码** |  |
| **家庭住址** |  |
| **政治面貌** |  |  |  |
| **联系电话** |  | **是否有就业意向****（有/无）** |  |
| **紧急联系人姓名** |  | **关系** |  | **电话号码** |  |
| **个人简历** |  |
| **个人承诺** | **本人自愿参加医疗护理员培训，遵守培训机构相关规定。并保证本人报名所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。**报名人签名（手写）： 年 月 日 |