附件

**成都医学院第一附属医院**

**2019年护士规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 贴小二寸彩照 |
| **出生年月** |  | **民 族** |  |
|  **身 高** |  | **健康状况** |  |
| **政治面貌** |  | **身份证号** |  |
| **最高学历** |  | **学 位** |  |
| **毕业学校** |  | **所学专业** |  |
| **毕业时间** |  | **英语等级** |  | **计算机等级** |  |
| **护士执业证编号** |  | **婚育情况** |  |
| **家庭地址** |  |
| **联系方式** | **本人电话** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **有何特长** |  |
| **获奖情况** |  |
| **学习经历** |
| **年月日至年月日** |  **学校名称** | **专业** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **实习经历** |
| **年月日至年月日** | **医院名称** | **轮转科室** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **个人申明：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）**：** **年 月 日** |