附件1

成都市中西医结合医院2024年护士规范化培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | 贴一寸彩色近照 |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **婚姻状况** |  |
| **政治面貌** |  | **身 高** |  | **健康状况** |  |
| **学历（不含套读学历）** |  | **学 位** |  | **既往病史** |  |
| **毕业学校** |  | **毕业时间** |  | **所学专业** |  |
| **护士资格证** | 有 | 无 | 仅通过考试 | **外语等级** |  | **计算机等级** |  |
| **身份证号码** |  | **通讯地址** |  |
| **联系方式** | **手 机** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **学习经历** |
| **年 月 日至年 月 日** | **学校名称** | **任职** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **实习及工作经历** |
| **年 月 日至年 月 日** | **单位名称** | **实习/工作科室** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **获奖情况** |  |
| **申****请****人****意****见** | 自愿以规范化培训学员身份参加成都市中西医结合医院护士规范化培训，培训专业及科室服从医院安排。 **申请人签字** **年** **月** **日** |
| **单位****意见****（委培）** |  **签名（盖章）** **年** **月** **日** |