成都市第五人民医院

护士规范化培训报名表

填表日期 ： 年 月 日 报名序号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 出生日期 |  | 民族 | |  | | 照片 |
| 护理专业  基础学历 | |  | | 学位 | |  | 毕业院校 |  | | | | |
| 护理专业  最高学历 | |  | | 学位 | |  | 毕业院校 |  | | | | |
| 政治面貌 | |  | | 健康状况 | | |  | 身高 | |  | | |
| 身份证  号码 | |  | | | | | 是/否有护士执业资格证  （填写执业证编号）  或考试合格证明 | | |  | | | |
| 特长 | |  | | | | | | 担任过何  社团职务 | |  | | | |
| 家庭主要成员情况 | | 父亲  姓名 |  | | | | 工作单位 |  | | 联系  电话 | |  | |
| 母亲  姓名 |  | | | | 工作单位 |  | | 联系  电话 | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | 邮编 | |  | | | |
| 本人联系方 式 | | 座机  电话 |  | | | | | Email | |  | | | |
| 手机号 |  | | | | | 传真 | |  | | | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | | | | 所在院校 | | | 专业 | | 学历 | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |
| 实  习 | 起止时间 | | | | 所在单位 | | | | | 岗位 | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | |
| 获  奖  情  况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 参加护士规范化培训的主要目 的 |  | | | | | | | | | | | | |
| 个人声明 | 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，需亲笔书写）： | | | | | | | | | | | | |