附件1

九〇三医院护士规范化培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | | 贴  二  寸  彩  照 | |
| 年龄 | |  | | 民族 |  | | |
| 籍贯 | |  | | 婚姻状况 |  | | |
| 政治面貌 | |  | | 身高 |  | | |
| 健康状况 | |  | | 既往病史 |  | | |
| 学历 | |  | | 学位 |  | | 所学专业 | |  |
| 英语考级 | |  | | 护士资格证号 |  | | 护士执业证号 | |  |
| 毕业学校 | |  | | 毕业时间 |  | | 身份证号 | |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | 邮编 | |  |
| 联系方式 | | 手机 | |  | | | 宿舍电话 | |  |
| 电子邮箱 | |  | | | 其它联系方式 | |  |
| 何时何地何事  受过何种奖励 | |  | | | | | | | |
| 学习及工作经历（临床轮训经历） | | | | | | | | | |
| 年 月 日至年 月 日 | | | 学校或医院名称 | | | 实习轮转科室 | | | |
|  | | |  | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | | |
| 申  请  人  意  见 | 自愿以规范化培训学员身份参加九〇三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 | | | | | | | | |
| 所在学  校或单  位意见 | 签名（盖章）  年月日 | | | | | | | | |