**萍乡市人民医院见习护理学员申请登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 出生年月（  岁） |  | 照片 |
| 民  族 |  | 籍  贯 |   | 政治面貌 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 参加工作时间 |   |
| 学  历 |  | 学  位 |  | 现有专业技术资格 |   |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 学习经 历 | 个人签名： 年 月 日 |
| 工作经历 | 个人签名： 年 月 日 |
| 科教部门资格审查意见 | 盖 章年 月  日 |