**钦州市第二人民医院**

**2020年社会护理学员培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 性 别 |  | | 纸质贴一寸彩照  或电子档插入彩照 | |
| 出生年月 |  | | | | | 籍 贯 |  | |
| 民 族 |  | | | | | 政治面貌 |  | |
| 婚姻状况 |  | | | | | 健康状况 |  | |
| 身 高 |  | | | | | 特　　长 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | 是否应届 |  | |
| 第一学历 |  | | 毕业学校 | |  | | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历 |  | | 毕业学校 | |  | | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 有无护士执业证书 | | |  | | | 护士执业证书编号 | |  | | |
| 联系方式 | 手机号码 | | |  | | | QQ号码 | |  | |
| 家庭（父母）住址： 　　　　联系电话： 　 邮编： | | | | | | | | | | |
| 学习及工作经历（含临床实习经历） | | | | | | | | | | |
| 年月至年月 | | 学校或医院名称 | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
| 申请人承诺  （必签字确认） | | 本人自愿以社会护理学员身份参加钦州市第二人民医院社会护理学员培训，所提供的报名信息及相关资料完全属实，遵守与培训基地签订的培训协议以及培训安排、规章制度和劳动纪律。  报考学员签字 ：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 培训基地  单位意见 | | 钦州市第二人民医院（盖章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |