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 |