利川市民族中医院护理培训班报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专业 |  | 全日制学历 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 专业技术资格或执业资格 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 | 手机 |  |
| 住宅电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 我承诺：以上信息属实，若有不实，自愿取消考试资格。报考人签名：年 月 日 | 审核人： 年 月 日 |