附件：成都市妇女儿童中心医院妇产儿专科实训护士报名表

成都市妇女儿童中心医院

妇产儿专科实训护士报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 一寸  彩色  近照 | |
| 学 历 |  | 学 制 |  | 民 族 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 外语水平 |  | 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  | | |
| 有何特长 |  | | | 身份证号 |  | | |
| 本人  联系方式 | 联系电话 |  | | 电子邮箱 |  | | |
| 家庭  联系方式 | 联 系 人 |  | | 联系电话 |  | | |
| 学习  及  实习  经历  请从  初中  开始  填写 | 起 止 时 间 | | 所 在 学 校 或 实 习 单 位 | | | | 学 历 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 何时何地因何原因  受过何种奖励或惩罚 | |  | | | | | |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。  本人正楷签名并按捺手印：  填表日期： | | | | | | | |
| 附注：申请人必须按要求如实填写本表各项内容，并按招生简章中的要求，备齐所有报名资料，我部门有权拒收欠详实的报名资料。 | | | | | | | |