贵州航天医院护士规范培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | （照片粘贴处） |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 联系电话 |  | 家庭住址 |  |
| 护士执业证注册时间 |  |
| 职称资格及取得时间 |  |
| 个人简历 |  |
| 报名信息确认：上述填写内容真实完整，如有不实，本人愿承担一切法律责任。考生签名（请勿打印，须考生亲自签名）： 年 月 日 |
| 审查人签字： 年 月 日 |
| （备用照片粘贴处） |