附件：

**绵阳市中医医院2024年规培护士报名表**

**填报人签章（需加盖指印）： 填写日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生日期 |  | 两寸证 件照 |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 | 已婚□ 未婚□ | 既往病史 |  |
| 学 历 |  | 身 高 |  CM |
| 毕业学校 |  | 有无执业资格证书 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | 是否应届生 | 是□否□ |
| 联系方式 | 手 机 |  | 通讯地址 |  |
| E-mail |  | 家庭电话 |  |
| **工作（实习）经历** |
| 临床工作起止时间 | 时间长度 | 医 院名 称 | 医 院级 别 | 科 室 | 职 务 | 证明人 | 证明人职务 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **学 习 履 历（需包括小学以上学历）** |
| 年月日 至 年月日 | 何学校(单位) | 何种学历(职业、职务) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 备 注 |  |

填表说明：1、工作（实习）经历中已工作者，二者均要填写；尚未参加工作者，需将所实习的科室如实填写。

 2、填写人对以上填写内容的真实性负责，若后期核对有虚报、谎报内容，一律取消考试及录取资格，责任由考生自负。