四川大学华西口腔医院

护士规范化培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生日期 | 年 月 日 | | 一寸  彩色  近照 |
| 学历/学位 |  | 学 制 | |  | 民 族 |  | |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 | |  | 专 业 |  | |
| 外语水平 |  | 健康状况 | |  | 籍 贯 |  | |
| 政治面貌 |  | 既往病史 | |  | 通信住址 |  | | |
| 特 长 |  | 是 否  全日制 | |  | 身份证号 |  | | |
| 本人  联系方式 | 联系电话 |  | | | E-mail |  | | |
| 家庭  联系方式 | 联 系 人 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 学习经历 | 学习阶段 | | 起止时间（具体到年、月） | | | | 所在学校 | |
| 初中 | |  | | | |  | |
| 高中 | |  | | | |  | |
| 大学 | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
| 实习经历 | 已实习总时间（以月为单位） | | 实习单位 | | | | 轮转科室（请全部列出） | |
|  | |  | | | |  | |
| 何时何地因何原因  受过何种奖励或惩罚 | |  | | | | | | |
| 参加护士规范化培训  的主要目的 | |  | | | | | | |
| 个人申明：本人自愿参加四川大学华西口腔医院护士规范化培训并保证所提交资料及信息的真实性、合法性，自愿承担因填写不实而产生的一切后果。  **本人亲笔签名（勿打印）**： 　　　　　　　　　　填表日期： | | | | | | | | |

四川大学华西口腔医院毕教部/护理部制表（此表复印有效）