**萍乡市人民医院见习护理学员申请登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | |  | | | 性  别 |  | 出生年月  （  岁） | |  | 照片 |
| 民  族 | |  | | | 籍  贯 |  | 政治面貌 | |  |
| 毕业院校及专业 | | | |  | | | 参加工作时间 | |  |
| 学  历 |  | | | | 学  位 |  | 现有专业技术资格 | |  |
| 身份证号码 | | |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 学  习  经  历 | | 个人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 工  作  经  历 | | 个人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 科教  部门  资格  审查  意见 | | 盖 章  年 月  日 | | | | | | | | |