附件：

**凉山彝族自治州第一人民医院**

**医疗护理员培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生日期** | |  | 2寸蓝底免冠照粘贴处 |
| **籍贯** |  | **婚否** |  | **文化程度** | |  |
| **政治面貌** |  | **培训方向（可现场填写）** | |  | | |
| **紧急联系人** |  | **紧急联系人电话** | |  | | |
| **身份证号码** |  | | | **联系电话** | |  | |
| **是否参加过相关培训** | |  | **现居住**  **地址** |  | | | |
| **家庭主要**  **成员** | **姓名** | **关系** | **工作单位或地址** | | | | **联系电话** |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| **主要教育**  **经历** | **起止日期** | **毕业学校** | **专业** | | | | **学历** |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| **主要工作**  **经历** | **起止日期** | **职务** | **工作单位** | | | | **离职原因** |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| **本人自愿参加医疗护理员培训，遵守培训机构相关规定。并保证本人报名所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。** | | | | | | | |
| **本人签字**  **确认** |  | | **日期** | |  | | |