宜春市人民医院规范化培训学员报名表

申请专业：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性  别 |   | 出生日期 |   | 贴照片 |
| 民  族 |   | 籍  贯 |   | 政治面貌 |   |
| 既往病史 |   |
| 通讯地址 |   |
| 邮政编码 |   | 联系电话及email |   |
| 毕业学校 |   | 毕 业 时 间 |   |
| 所学专业 |   | 最 高 学 历 |   |
| 特长及外语水平 |   |
| 奖惩情况 |    |
| 学习经历：（从高中起，中学类型为：全国重点/省重点/市重点/县重点/其他； 高等教育类型为：全日制/自学考试/成人高考/在职/其他） |
| 起止时间 | 毕业学校 | 证明人 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

本人郑重声明，以上所填内容若有虚假，愿承担一切后果。

申请人签名：                               年     月     日

（我于    年    月    日在宜春市人民医院网站得知本信息）