|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 出生日期 | 年 月 | | | 民 族 |  | 籍贯 |  | 1寸彩色免冠照 |
| 政治面貌 | |  | | 身份证号 | |  | | 身高（cm） | | |  | | |
| 最高学历毕业学校 | | | |  | | | 最高学历 | |  | | | | |
| 护理专业最高学历入学时间 | | | | 年 月 | | | 护理专业最高学历毕业时间 | | 年 月 | | | | |
| 护士规范化培训时间： | | | | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 联系方式 | |  | | | | | | | | 英语最高等级及成绩 |  | | | |
| 居住地址 | |  | | | | | | | |
| 请从高中开始将各学习阶段信息填写出来 | | | | | | | | | | | | | | |
| 学习经历 | 学习阶段 | | | | | 起止时间（具体到年、月） | | | | 所在学校 | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
| 无工作经历的学员填写实习经历，有工作经历的学员填写工作经历 | | | | | | | | | | | | | | |
| 实习/工作经历 | 已实习/工作总时间（以月为单位） | | | | | 实 习/工 作 单 位 | | | | 轮转/工作科室 | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
| 参加麻醉专科护士规范化培训的主要目的 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 个人声明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 签名**（请勿打印，须亲笔书写）**： | | | | | | | | | | | | | | |
| 华西医院毕业后培训部、麻醉科制表（2020） | | | | | | | | | | | | | | |

**四川大学华西医院**

**麻醉专科护士规范化培训报名表**