附件1

**四川大学华西第四医院技师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 贴一寸彩照 |
| **年 龄** |  | **民 族** |  |
| **籍 贯** |  | **婚姻状况** |  |
| **政治面貌** |  | **身 高** |  |
| **健康状况** |  | **既往病史** |  |
| **学 历** |  | **学 位** |  | **所学专业** |  |
| **英语考级** |  | **计算机考级** |  | **资格证书** |  |
| **培训专科志愿** |  | **身份证号** |  |
| **毕业学校** |  | **毕业时间** |  |
| **通讯地址** |  | **邮 编** |  |
| **联系方式** | **手 机** |  | **家庭联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  | **其它联系方式** |  |
| **获奖情况** |  |
| **有何特长****（以证书为准）** |  |
| **学习及工作经历（包括本科以上学历、临床轮训经历）** |
| **年月日至年月日** | **学校或医院名称** | **专 业** | **任 职** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **申****请****人****意****见** | **自愿以规培学员身份参加四川大学华西第四医院规范化培训，培训基地及专业服从医院安排。** **申请人签字**  **年** **月** **日** |
| **单位意见****（委培学员填写）** |  **签名（盖章）**  **年** **月** **日** |