****

**护理管理高级研修班报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生日期 | 年 月 日 | | | 照  片 | |
| 证件类型 | □ 身份证 □ 军官证 □ 护照 □ 其它 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 证件号码 |  | | | | | | | |
| 民 族 |  | | | | 政治面貌 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | |
| 单位级别 | □ 三级医院 □ 二级医院 □ 一级医院 □ 其 它\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 单位性质 | □ 国有 □ 外资 □ 民营 □政府和事业单位 □其它 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 职 务 |  | | | | 专业职称 |  | | | | |
| 手 机 |  | | | | 办公电话 |  | | | | |
| 邮 箱 |  | | | | 单位人数 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮 编 | |  |
| 工作经历 | 起止日期(年月) | | 单位名称 | | | | 职务名称 | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
| 教育经历 | 起止日期(年月） | | 学 校 | | | | 专 业 | 学 历/学 位 | | |
|  | |  | | | |  |  | | |
|  | |  | | | |  |  | | |
|  | |  | | | |  |  | | |
| 获知本项目的渠道 | □学校官方网站 □学校邮寄的信函 □媒体广告（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □论坛、会议\_\_\_\_\_\_ □他人推荐\_\_\_\_\_\_\_\_　 □其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 兴趣与爱好 | | | | |  | | | | | |
| 浏览的报纸、杂志、网站 | | | | |  | | | | | |

本人郑重声明以上所填内容属实 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

咨询电话：027-86654678 027-87338968 邮 箱：tjlearn@126.com