**附件：医疗护理员培训报名基本信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 婚否 |  | 学历 |  |
| 健康状况 |  | 紧急联系人电话 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  | |
| 户籍地址 |  | | | | | |
| 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 |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
| 签字确认 | 本人对培训报名登记表的全部内容已知晓，并保证我所提供以及填写资料属实。 | | | | | |
| 签名： 日期： 年 月 日 | | | | | |