**附件：**

**凉山彝族自治州中西医结合医院医疗护理员培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  信  息 | 姓名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 照  片 |
| 年龄 |  | 学历 |  | 健康状况 |  |
| 籍贯 |  | | 个人电话 |  | |
| 家庭地址： | | | | 邮编： | | |
| 身份证号： | | | | 培训时间： 20 年 月 | | |
| 主要工作经历 |  | | | | | | |
| 个人承诺 | 本人自愿参加医疗护理员培训，遵守培训机构相关规定，并保证本人报名所有填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人签字（手写）： 年 月 日 | | | | | | |