|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **雅安市人民医院检验学员培训报名申请表** | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生日期 |  | 一寸照片 | |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | | 民族 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  |
| 婚姻状况 |  | 身高 |  | | 家庭住址 |  | | |
| 特长 |  | | | | 身份证号 |  | | |
| 本人联系方式 | 联系电话 |  | | | 电子邮箱 |  | | |
| 家庭联系方式 | 联系人 |  | | 与本人关系 |  | 联系电话 |  | |
| 学习及实习工作经历（请从高中起填） | 起止时间 | | | | 所在学校或单位 | | 学历 | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
| 何时何地因何种原因受到过奖励或惩罚 |  | | | | | | | |
|
| 个人申明：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。 | | | | | | | | |
| 本人亲笔签名： | | | | | | | | |