|  |
| --- |
| **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： |