附件1：

2024年河南省人民医院医学影像技师规范化培训报名表

**报名方式（个人或单位）：** **单位全称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、申请人基本信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 | |  | | | | 民族 | | |  | | | 本人照片  （蓝底） |
| 职称 | |  | 政治面貌 | |  | | 籍贯 | |  | | | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | 婚育情 况 |  | | | | | | | |
| 毕业院校 | |  | | | 所学专业 | | |  | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | | 外语能力（级别） | | |  | | | | | | | | |
| 计算机能力（级别） | |  | 是否取得相应资格考试证书（是/否） | | | |  | | | | | 是否取得大型设备上岗证是/否） | | | | |  |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | |  | | 电子邮箱 | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | |
| **二、学习及工作简历（自大学填起）** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | | 所 在 学 校 | | | | | | | 专 业 | | | | | | 学 位 | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 工  作  经  历 | 起止时间 | | 所 在 单 位 | | | | | | | 从事专业 | | | | | | 工作岗位 | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 曾担任职务  （注明起止时间） | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人优势 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所获荣誉及证书 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人声明：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。  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | |