附件1

天门市第一人民医院

2024年医疗护理员（第一期）培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 小2寸蓝底  免冠照片  （粘贴处） |
| 年 龄 |  | 籍 贯  （祖籍地） |  |
| 文化程度 |  |
| 联系电话 |  | 身份证  号码 |  | |
| 家庭地址 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | |
| 培训方向 | 老年医疗护理员 | | | |
| 紧急联系人 | 姓名： 电话号码： | | | |