|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 身 高 |  |
| 规培期数 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 专业方向 |  | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 身体状况 |  | 应届生/往届生 |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  | 个人住址 |  | 联系电话 |  |
| 主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 单 位 | 联系电话 | 年 龄 |
|
|  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个人简历 |  |
|
|
|
|
|
|
| 特长、爱好 |   |
|
|  填表人： 年 月 日 |

江油市中医医院规培护士个人信息表

请认真详实填写个人信息，若有虚假，一经发现则取消培训资格。