**中山大学孙逸仙纪念医院康复治疗师规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片（小一寸） |
| 政治面貌 |  | 所学专业 |  | 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 是否应届生 |  |  |  |
| 联系方式 | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 主要学习经历 | 起止时间 | 学校 | 学历 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要工作经历 | 起止时间 | 工作单位 | 工作方向 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 个人承诺 | * 本人承诺以上信息真实可靠
* 本人自愿全程在中山大学孙逸仙纪念医院接受治疗师规范化培训
* 本人签字： 年 月 日
 |
| 备注 |  |

填表说明：学习经历从大学开始书写；尚未参加工作的学员可以填实习单位。