|  |
| --- |
| **报名登记表** |
| **姓名** |  | **性别** |  | **报考专业** |  | **照片** |
| **年龄** |  | **民族** |  | **出身年月** |  |
| **户籍性质** |  | **健康状况** |  | **政治面貌** |  |
| **身份证号** |  |
| **最高学历层次** |  |
| **学籍详情****（在籍/毕业）** |  |
| **通讯地址** |  |
| **联系方式** | 本人联系方式 |  |
| 紧急联络人联系方式 |  |
| **医学技能考试标准服装与体检要求** | **护士裤****（尺码）** | **医师服****（尺码）** | **白色鞋子（尺码）** | **身高****（cm）** | **体重****（kg）** | **偏胖/瘦** |
|  |  |  |  |  |  |
| **备注** | 本人承诺该表中填写的信息真实可靠，如果出现虚假或者不真实的情况，本人愿意承担由此产生的一切后果并负全部责任。提醒：家庭详细通讯地址请填可以收到快递的地址，户籍所在地为户口本上面的户籍，毕业学校为高中/中专/初中（开学带毕业证原件，没有的提前跟老师联系）。 |