附件1:

厦门市第五医院

2024年康复治疗师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （一寸照片） |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 婚姻状况 |  | 最高  学历 |  | 学位 |  |
| 电子邮箱 |  | 申请人员类别 | 🞎单位人员  🞎社会人员 | | |
| 身份证号 |  | | | 外语水平 |  | |
| 手机号码 |  | | | 紧急联系人及电话 |  | |
| 高等教育经历 | 起止年月 | 毕业院校 | | | 专业 | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
| 备注 | **提交报名表时请附以下资料：**  1.身份证、毕业证书、学位证书、承诺书扫描件1份;  2.可附个人简历（电子版）。 | | | | | |