**附件1：**

**首都医科大学注册营养师高级研修班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 像片（一寸）可扫描照片 |
| 学历 |  | 学位 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 邮编 |  |
| E-mail邮箱 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 单位意见 | 签章： |
| 备注 |  |

(此表复印有效)

填表日期： 年 月 日