|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **中马协马匹护理师培训考核报名表（宁波）** | | | |
| 姓名 |  | |  |
| 性别 |  | |
| 文化程度 |  | |
| 身高（cm） |  | | |
| 身份证号 |  | | |
| 联系电话 |  | | |
| 政治面貌 |  | | |
| 民族 |  | | |
| 籍贯（参照户口本信息） |  | | |
| 户籍所在地 |  | | |
| 常驻地 |  | | |
| 证书寄送地址 |  | | |
| 所属单位及职位 |  | | |
| 马术相关工作简历 |  | | |
| 懂何种外语及程度 |  |  | |
| 培训考核日期 | 2024年5月20日-22日 | | |
| 培训考核地点 | 宁波骑际马术俱乐部 | | |

本人确认以上资料正确无误。

本人签名： 日期：