市二医院护理人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市二医院护理人员报名表  姓名 | |  | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | 民族 | | |  | 电子照片  或纸质照片 |  |
| 政治面貌 | |  | 身高 | | | cm | | | 联系电话 |  | | | |  |
| 籍贯 | |  | QQ号 | | |  | | | 身份证  号码 |  | | | |  |
| 技术职称 | |  | | | 职称获得时间 | | |  | | | 外语能力  （语种/级别） | | |  |  |
| 裸眼视力 | | | | |  | | | 矫正视力 | | |  | | | |  |
| 接受教育经历（高中起） | 学历 | | | 起止时间 | | | | 所在学校 | | | | 所学专业 | | | |
| 初中 | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 高中（必填） | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 大专（必填） | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 本科 | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 实习、工作经历 | 起止时间 | | | 所在单位 | | | | 从事专业 | | | | 工作岗位 | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 应  聘  承  诺 | 本人承诺所提供的材料和所填报的信息真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，自动取消考试和聘用资格，并承担相应责任。  **签名**（打印无效）：    年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | |  |
| 资格审查意见 | 审查人签名：  部门盖章  年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | |  |