附件

**海南省妇女儿童医学中心护理人员报名表**  填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别  |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 报考岗位 |  | 身高 |  |
| 第一学历 |  | 最高学历 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 毕业时间  |  | 毕业时间 |  |
| 最高学位名称 |  | 专业技术职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 应聘岗位 | 护士（ ） 护理骨干（ ） | 工作年限 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 奖惩 情况 |  |
| 报考承诺 | 以上所填内容属实，若有虚假，本人自愿承担相应责任及后果。 应聘者签名（手写）： |
| 备注 |  |

注意：1.本表中所填内容以及所提供材料均真实有效，如有不实之处，取消录用资格。