附件1

2019年新野县公开招聘医疗卫生专业毕业生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学 历 |  | 专业 |  |
| 报考岗位 |  | 执业护士取得时间及编号 |  |
| 联系电话 | 1、2、 | 加分项目 （如有请填写具体加分项目） |  |
| 身份证号码 |  | 现工作单位 |  |
| 简 历（填写大学学习及工作经历） |  |
| 诚信承诺书  | 1、本人完全明白并保证符合本次招聘报名条件；2、本表所填内容正确无误，所提交的证件及材料均真实有效；3、如有不实情况和弄虚作假，取消应聘资格。本人签名： 年 月 日 |
|  |
| 单位意见（在职人员填写此栏） |   （盖 章） 年 月 日 |
| 资格审查意 见 |   审查人（签名）：   年 月 日 |

报名序号： 填表日期： 年 月 日

注：本表“报名序号”、“审查人”栏目由工作人员填写，其它栏目由考生填写。