**广西医科大学第一附属医院第二批护理人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本  情况 | 姓名 | |  | | | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | | 一寸彩色证件照 | | |
| 民族 | |  | | | 籍贯 | | |  | 年龄 | |  | |
| 身高CM | |  | | | 视力（左） | | |  | 视力（右） | |  | |
| 所获资格证  类型 | |  | | | 所获执业证  类型 | | |  | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | 英语水平 |  | | 联系电话 | |  | | |
| 学习  经历 | 学历 | 入学日期 | | 毕业日期 | 毕业学校 | | | 所学专业 | | 学历性质 | 综合成绩平均分 | | 成绩年级  排名 | | | 在校任职 |
| 高中 |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | | |  |
| 大学本科 |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | | |  |
|  |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | | |  |
| 工作  经历 | 开始时间 | | | 结束时间 | | | 工作单位 | | | | | 从事的工作及职务 | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| 实习  经历 | 实习开始时间 | | | 实习结束时间 | | | 实习单位 | | | | | 从事的工作 | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| 奖励  情况 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  证书 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名人  承诺 | **以上所填内容正确无误，所提交的信息真实有效，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切**  **后果。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **报名人签名：** | | |  | |