|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月日** |  |  一寸彩照 |
| **身份证号码** |  | **政治面貌** |  |
| **学历** |  | **身体状况** |  |
| **毕业学校** |  | **所学专业** |  |
| **毕业时间** |  | **参加工作时间** |  | **婚姻状况** |   |
| **家庭主要成员姓名、工作单位、职业，现与本人的关系。** |  |
|  | **起止年月** | **学校（单位）** | **任何职务** |
| **学历** | **高中学历** |  |  |  |
| **本科及以上学历** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **工作经历** |  |   |  |
|  |  |  |
| **填表说明：1.报名表A4纸打印，内容清晰完整。 2.本人保证所填内容必须真实，若弄虚作假，取消应聘及录取资格。3.本人签名确认。****本人签名：****填表时间：** |

**郑州大学第一附属医院护士报名表** 编号