**附件2：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **正安县人民医院2023年公开招聘护士报名表** | | | | | | | | | | |
| 报名序号: | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | | | | | 出生日期 |  | | 身高CM |  |
| 学 历 |  | | 毕业学校 | | |  | | | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | | | | | 户籍所  在地 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | 身体 状况 | |  | 工作年限 | |  | |
| 专业职称 |  | | | | 专业资格证书编号 | | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 报考单位 |  | | | | | | 报考职位 | |  | |
| 用 人 单 位 初 审 意 见 | 审查人签字: | | | | | 报 考 单 位 复 审 意 见 | 审查人签字: | | | |
| 2023年 月 日 | | | | | 2023年 月 日 | | | |
| 照片 | | 照片 | | | | 照片 | | | 照片 | |
| 报名信息确认栏 | 以上填写信息均为报考人真实情况,若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 | | | | | | | | | |
| 考生签名： | | | | | 代报人员签名： | | | | |
| 注：报名序号由工作人员填写，其余项目由报考人员填写，填写时请仔细核对。 | | | | | | | | | | |
| **★此报名表最后交报名点编号，自行带走报名表的视为无效报名★** | | | | | | | | | | |