|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件：**  **剑阁县人民医院2023年公开招聘员额制护士报名表** | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 2寸彩色照片  粘贴处 |
| 学 历 |  | 籍贯 |  | 身高（**cm**） |  |
| 毕业时间 |  | | | 专业技术资格证书取得时间 |  |
| 毕业学校 |  | | | 执业证书  取得时间 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  | |
| 健康状况 | □健康 □良好 □差  □既往史 □家族史 □现病史 具体疾病名称为：  婚姻： □已婚 □未婚 目前是否怀孕：□是 □否 | | | | | |
| 现家庭住址 |  | | | | | |
| 学习经历  （大专及以上） | 起止时间（年月－ 年月） | | 学 校 | | 所学专业 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 工作经历  （不含实习） | 起止时间（年月－ 年月） | | 工作单位 | | 职 务 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **本人保证上述表格中所填内容完全真实，若有不实，本人同意本次考试成绩无效，且从查实之日起自动终止与医院的聘用关系。**  **报名者本人签名：**  **年 月 日** | | | | | | |
| 审核情况 |  | | | | | |
| 资格审核人 | 审核人： 复审人： 纪律监督人： | | | | | |