**附件：**

|  |
| --- |
| **红安县人民医院劳务派遣制护士报名登记表** |
|  　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 贴照片处 |
| 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 | 婚姻状况 |  |
| 现工作单位及职务 | 　 | 参加工作时 间 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 毕业学校 |  | 学历 |  | 专业 |  |
| 通讯地址 | 　 | 邮政编码 | 　 |
| 学习及工作简 历 | （从高中写起）　 |
| 诚信声明 | 一、本人填写的各项信息全部真实有效。二、因提供虚假信息所产生的一切后果，均由本人负责。 本人签名： |
| 备 注 | 　 |