**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 |  | | | | | | | | | |