附件2

2019年启东市第一医疗集团公开招聘编外护理人员报名表(补招)

2019年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | | **性 别** | |  | | **照片**  **粘贴** |
| **出生年月** | |  | | | **政治面貌** | |  | |
| **身份证号码** | |  | | | **籍贯** | |  | |
| **全日制**  **教 育** | | **毕业学校** | |  | | | **毕业专业** | |  |
| **毕业时间** | |  | | | **学历及学位** | |  |
| **现有学历** | | **毕业学校** | |  | | | **毕业专业** | |  |
| **毕业时间** | |  | | | **学历及学位** | |  |
| **是否有执业护士资格** | | | |  | | **取得时间** | |  | |
| **现专业技术资格** | | | |  | | **取得时间** | |  | |
| **报考岗位代码** | | |  | | | | | | |
| **户籍所在地** | | |  | | | **联系电话** | | **手机1：** | |
| **家庭详细住址** | | |  | | | **手机2：** | |
| **个人**  **简历**  **（从初中开始）** |  | | | | | | | | |
| **奖惩**  **情况** |  | | | | | | | | |
| **审核**  **意见** | **审核人签名： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **填表**  **要求** | **1.此表由报考人员按实填写，在审核报考人员档案时发现有弄虚作假的，取消其报名资格。**  **2.户籍所在地按户口簿填写。**  **3.填表字迹要清楚，本表不得涂改。** | | | | | | | | |

**报考人确认签名**：