|  |  |
| --- | --- |
| 报名序号 | （由工作人员填写） |

附件：

安康市高新医院2023年公开招聘护理人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 年龄 |  | 出生年月日 | |  | 照片  （小2寸） |
| 身份证号 |  | 政治面貌 | | |  | | 联系电话 | |  |
| 职称 |  | 资格证号 | | |  | | 执业证号 | |  |
| 第一学历 |  | 毕业学校 | | |  | | 专业 | |  |
| 最高学历 |  | | 毕业学校 | |  | | 专业 | |  |
| 有近5年在二级及以上公立医院工作经历≥3年 | | | | | | | □是□否 | | 工作单位 |  |
| 助产专业要求从事助产工作≥3年 | | | | | | | □是□否 | | 工作单位 |  |
| 专科护士 | | | | | | | □是□否 | | 专科护士名称 |  |
| 担任护理管理工作 | | | | | | | □是□否 | | 管理岗位名称 |  |
| 报考岗位代码 | | | | | | | | □2023001 □2023002 □2023003 | | |
| 报名征得原单位同意 | | | | | | | | □是 □否 □不适用 | | |

教育经历（从高中填起）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 学校名称 | 担任何职务 | 证明人 |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |

工作经历

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 单位名称 | 担任何职务 | 证明人 |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |
| 应聘人员承诺：  本人承诺《报名表》所填写的各项信息以及提供的证件材料均真实有效，如有违纪违法或弄虚作假情况，取消本人聘用资格。  签名（必须手写） 年 月 日 | | | |

|  |
| --- |
| 资格初审意见：  签章： 年 月 日 |