**附件2:**

石阡县2024年县人民医院公开招聘编外护士报名表

单位名称及代码： 　 　 职位名称及代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  |
| 学历学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 身份证号码 |  | 专业技术资格 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话1 |  |
| 联系电话2 | - |
| 个 人 简 历（从高中填起） |  |
| 报名信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。报名人（签名）  年 月 日 |
| 初审意见 | 审核人：2024年 月 日 | 复审意见 | 审核人：2024年 月 日 |