**附件1**

**通江县妇幼保健院2021年招聘编外护士报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月（ 岁）** |  | **近期****免冠****正面****照片** |  |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **出生地** |  |
| **政治****面貌** |  | **参加工作时间** |  | **从事专业** |  |
| **学历** |  | **身高** |  | **毕业学校及专业** |  |  |
| **现居住地址** |  | **健康状况** |  |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话** |  |  |
| **报考岗位** |  |  |
| **执业资格证书及编号** |  |  |
| **主要学习情况** |  |  |
| **主要工作经验** |  |  |
| **家庭主要成****员及社会关系** | **称 谓** | **姓 名** | **出生年月** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **何时何地****受过何种****奖励处分** |  |  |
| **其他需要说明的问题** |  |  |
| **本人****承诺** |  **我保证上述表格中所填写的内容真实、完整，如有虚假愿承担一切责任。****签名：** **日期： 年 月 日** |  |
| **资格****审查****意见** | **经对照招聘条件严格审查，该同志符合通江县妇幼保健院工作人员条件。资格审查合格，同意参加考核。**  **审查人签字 ：**  **日期： 年 月 日** |  |