附件2：

黔西南州人民医院2023年护士（助产士）规范化培训学员招录报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考岗位 | | | |  | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  | | | |
| 民族 |  | | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  | | | |
| 移动电话 |  | | | | | 电子邮箱 |  | | | |
| 身份证号 |  | | | | | 身高 |  | | 体重 |  |
| 毕业院校 | |  | | | | 毕业专业 | |  | | |
| 学历学位 | |  | | | | 毕业时间 | |  | | |
| 专业技术职务 | |  | | | | 取得时间 | |  | | |
| 个人简历（高中至今） | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 工作、学习地点 | | | | | | 备注 | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
| 奖惩情况 | | | | | | | | | | |
| 时间 | | | 内容 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整，提供的报考资料原件和复印件齐全真实。如有不实，本人承担一切责任，并放弃聘用资格。 | | | | | | | | | | |
|
| 报考人（签字）： | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 照片  张贴处 | | | | | 照片  张贴处 | | | | | |
| 审核人签字： | | | | | 用人单位审核意见： | | | | | |

注：1、本人声明处报考人需手写签字；

2、在照片张贴处粘贴两张1寸白底彩色照片；

3、审核人签字、用人单位审核意见报考人不需填写；

4、用A4纸双面打印，请勿改变表的格式。