|  |
| --- |
| 附件2：2019年南通开发区卫生系统合同备案管理护士报名表**报考单位： 编号：**  |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 贴照片处 |
| 身份证号 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 参加工作时间 | 　 | 执业资格/职称 | 　 |
| 学历 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 专业 | 　 |
| 工作单位 | 　 | 参加工作时间 | 　 |
| 家庭地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 学习及工作简历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 关系 | 所在单位 | 职务 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 本人承诺：本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确、一致。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填报错误，由本人承担一切后果，并自愿接受有关部门的处理。 本人签名： 日期： |
| 用人单位审查意见审核人： 日期： （盖章） | 　 | 卫生主管部门审查意见 审核人： 日期： （盖章） |