深圳市第二人民医院大鹏新区妇幼保健院

临床护士招聘启示

深圳市第二人民医院大鹏新区妇幼保健院是深圳首个市区共建医疗集团医院。现因业务发展需要，拟临聘临床护士7人，具体条件如下：

1、年龄35周岁以下；

2、第一学历为全日制大专及以上学历（护理专业）；

3、具有护士及以上职称；

4、两证齐全，执业证在有效期内；

5、身体健康；

[有意者请填写《深圳市第二人民医院大鹏新区妇幼保健院应聘报名表》，随身份证、学位及学历证书（含起始学历）、专业技术资格证书等相关证书扫描件，发至邮箱szqiujie@126.com,](mailto:符合条件者经考核、试用合格后予以聘用。有意者请填写《深圳市第二人民医院大鹏新区中心医院应聘报名表》，随身份证、学位及学历证书（含起始学历）、专业技术资格证书等相关证书扫描件，发至邮箱szeyhr@126.com,)符合条件者经考核、试用合格后予以聘用。

**地址：深圳市福田区笋岗西路3002号**    **邮编：518035**

**电话：0755-3796781；0755-83366388-2501**

**联系人：何老师**

深圳市第二人民医院大鹏新区妇幼保健院应聘报名表

**应聘职位： 填表日期: 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | | | | | | | | | | 上传相片(一寸免冠正面) | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 出生日期 | | | 年 月 | | | |
| 籍贯 |  | | 健康状况 | |  | | | 身高 | | | CM | | | |
| 文化程度 |  | | 所学专业 | |  | | | 联系电话1 | | |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | 联系电话2 | | |  | | | |
| 婚育状况 | 婚否：1、是 2、否 | | | | | | 育否： 1、是 2、否 | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | Email（邮箱） | | |  | | | |
| **教育经历（从高中或中专开始填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起始时间 | 终止时间 | | | 所在学校 | | | | | 专业 | | | 学历（学位） | | | | 全日制（是/否） |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| **工作经历** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起始时间 | 终止时间 | | | 所在单位 | | | | | | | | 所在科室 | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| **专业技术职务名称及聘任时间（从高到低）** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术资格名称 | | 取得时间 | | | | 聘任时间 | | | | | | 聘任单位 | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **证书相关信息（医疗和护理人员填写）** | | **专业技术资格名称** | | | | **取得时间** | | | | **执照注册时间和范围** | | | | **执业地点** | | |
| **专业**  **资格** | | | |  | | | | **时间：**  **范围：** | | | |  | | |
| **科研**  **课题** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **科研**  **论著** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **所获**  **奖励（特长）** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明** | | 本人所填写上述内容真实，如有虚假，本人愿承担相应法律责任。  本人签名： | | | | | | | | | | | | | | |

备注：随本报名表请附身份证、学位及学历证书（含起始学历）、专业技术资格证书、护士执业证书（含执业地点及发证时间）等相关证书扫描件。未附者，一律不受理。