附件1

**护理、财务类派遣人员应聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 近期免冠照片 | |
| 学历 |  | 籍贯 |  | 身份证号 |  | |
| 全日制学历  毕业时间 | |  | | 毕业专业 |  | |
| 全日制学历  毕业学校 | |  | | | | | | |
| 最高学历毕业学校 | |  | | | | | | |
| 住址 | |  | | | | | | |
| 申报的派遣岗位 | | 1. 基础护理　　　2、药剂科配制   3、营养科配制　　　4、收费员  以上可选2项。 | | | | 联系电话 | |  |
| 派遣工作地点 | | 常德市第一人民医院 | | | | | | |
| 工作经历 | |  | | | | | | |
| 是否能熟练运用电脑（取得相关电脑证书名称） | |  | | | | | | |
| 就业承诺 | | 本人无任何违纪违法行为，提交的资料真实有效。愿意受劳务派遣公司派遣至医院从事基础工作，愿意接受医院岗位培训，遵守医院工作制度。因操作不当导致的纠纷，由本人负责赔偿。  　　　　　　　　　签名：　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | |