**怀宁县人民医院护理岗位招聘报名资格审查表**

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | |  | | 出生时间 |  | 照  片 |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | 身 高 |  |
| 出 生 地 | |  | | 民族 | | |  | | 政治面貌 |  |
| 学 历  （学位） | |  | | | | | | | 婚 否 |  |
| 毕业学校 | |  | | | | | | 毕业  时间 |  | 所学专业 |  |
| 专业技术 职 称 | |  | | | | | | | 是否执业护士 |  | |
| 有无药物过敏史 | | | | |  | | | | | | |
| 原工作单位 | | | | |  | | | | | | |
| 家庭详细地址 | | | | |  | | | | | 联系电话 |  |
| 邮政编码 |  |
| 有何特长 | | | | |  | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 所受奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | |
| 直系亲属及  主要社会  关系 | 姓 名 | | 关 系 | | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
| 考生签名 | 本人承诺，以上信息均真实、准确，如有不实愿承担由此产生的一切责任。    签名: 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审查意见 | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

说明：

1.请报考者认真阅读《招聘公告》后如实准确填写。报考者隐瞒有关情况或提供虚假材料的，取消其考试或聘用资格。

2.“直系亲属及主要社会关系”包括夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲和近姻亲