**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