山西白求恩医院劳务派遣制人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | | |  | | 未婚/已婚 | | | 民族 | |  | 照片  （粘贴） | |
| 出生年月 | |  | | | 身高 | | |  | | 籍贯 | | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | 政治面貌 | | |  | | |
| 最高学历 | |  | | | | | | | | 最高学位 | | |  | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | 毕业时间 | | |  | | |
| 所学专业 | |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 家庭住址 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 人事档案所在地 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 学习工作简历 | 起止时间（从高中填起） | | | | | | | | | 学校/单位 | | | | | | 专业/职务 | |
|  | 年 | 月至 | | 年 | 月 | | |  |  | | | | | |  | |
|  | 年 | 月至 | | 年 | 月 | | |  |  | | | | | |  | |
|  | 年 | 月至 | | 年 | 月 | | |  |  | | | | | |  | |
|  | 年 | 月至 | | 年 | 月 | | |  |  | | | | | |  | |
| 家庭成员 | 关系 | | | 姓名 | | | | | | 工作单位及职务 | | | | | | 联系电话 | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| 外语水平 | CET 四级 | | |  | | | 是 否 有 护士资格证 | | | | |  | | 护士资格证取得时间 | |  | |
| CET 六级 | | |  | | |
| 本人仔细阅读了本招聘登记表的所有栏目，并根据自身情况如实进行了填报。本人承诺， 所填报的所有内容及所附证明文件，均真实有效。对于自身情况，没有刻意隐瞒或遗漏任何影响招聘录用的重大事项。如果因本人提供的信息、文件和资料不实或不全，导致招聘单位作出错误的判断，由此引发的一切后果，包括法律责任，完全由本人承担。  应聘者签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审核意见（首次审核）：    审核人：    年 | | | | | | 月 | | | 日 | | 资格审核意见（二次审核）：   审核人：    年 月 | | | | | | 日 |