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 |