|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2：  2019年南通开发区卫生系统合同备案管理护士报名表 **报考单位： 编号：** | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 贴照片处 | |
| 身份证号 |  | | | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | | | 执业资格/职称 |  |
| 学历 |  | | | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | | 专业 |  |
| 工作单位 |  | | | 参加工作时间 |  | | |
| 家庭地址 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 学习及 工作简历 |  | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 关系 | 所在单位 | | | | 职务 |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| 本人承诺：本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确、一致。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填报错误，由本人承担一切后果，并自愿接受有关部门的处理。  本人签名：  日期： | | | | | | | |
| 用人单位审查意见  审核人：   日期：  （盖章） | |  | 卫生主管部门审查意见   审核人：   日期：  （盖章） | | | | |