附件1-1

惠州市中心人民医院博罗分院（博罗县人民医院）应聘报名表

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | | |  | 出生年月 |  | | 籍贯 | | |  | | （照片） |
| 民族 | |  | 身高（CM) | | |  | 政治面貌 |  | | 婚姻状况 | | |  | |
| 全日制学历 | |  | 所学专业 | | | □护理 □助产 | | 毕业时间 | |  | | | | |
| 学位 | |  | 毕业学校 | | |  | |  | |  | | | | |
| 学制（年） | |  | | | | 身份证号码 |  | | | | | | | |
| 执业资格证 | | □有 □无 （成绩： ） | | | | | | 特长 | | |  | | | | |
| 联系方式 | | 本人手机： | | | | | | 紧急联系人手机： | | | | | | | |
| 通讯地址及邮编 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 学习经历  （第一学历起） | 起止年月 | | | | 学校及专业（按学历从低到高填写） | | | | 学历/学位 | | | 学制 | | 是否为全脱产的全日制学习形式 | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 工作/实习经历 | 起止年月 | | | | 工作单位/部门（科室） | | | | 工作/实习 | | | 负责具体工作及岗位 | | | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 其他需要说明的问题 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 是否服从单位调剂 □是； □否  本人承诺：以上所填写及提交报名材料全部属实，并愿为内容的真实性负责。 填表人签名： 日期： | | | | | | | | | | | | | | | |