附件1

天门市第一人民医院

合同制护士应聘人员报名登记表

（填表时间： 年 月 日）

报名专业： 报名序号： 号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证  号 码 |  | | 照片  黏贴处 |
| 性 别 |  | | 出 生  年 月 |  | |
| 政 治  面 貌 |  | | 所 学  专 业 |  | |
| 第一学历 | 学历 | | 毕业时间 | | 毕业学校名称 | |
|  | |  | |  | |
| 最高学历 | 学历 | | 毕业时间 | | 毕业学校名称 | |
|  | |  | |  | |
| 护士执业证书  编号 | |  | | | 取得时间 |  |
| 职称取得情况 | | 护士资格证 | | | 取得时间 |  |
| 护师资格证 | | | 取得时间 |  |
| 家 庭 住 址 | |  | | | 本人联系电话 |  |
| 紧急联系电话 |  |