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 |  |