附件2：

广西医科大学附设护士学校公开招聘人员**（第二批）**报名登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 应聘岗位编号 |  | 照片 |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 身高 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 婚姻状况 |  | 外语水平等级 |  | 职称及取得时间 |  |
| 毕业院校及专业（最高学历） | 全日制教育 |  | 学位 |  |
| 导师姓名及工作单位 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 资格证书 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 家庭详细住址 |  |
| 学习经历 | 起止时间 | 院校名称（从大学本科阶段填起） | 层次 | 专业及研究方向 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 工作单位 | 职称、职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 学术科研、获奖情况（应聘材料中应有相应的复印件） |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他需要说明的问题 |  |
| 报名人承诺 |  本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签名：  |
| 资格审查意见 |   审查人签名： 审查人签名： |

 备注：1、报名登记表用A4纸双面打印；2、不得涂改；3、“报名人签名”需手写签名。