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。