附：

|  |
| --- |
| 汨罗市人民医院2025年劳务派遣制护理人员报名表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 籍 贯 |  | 照片 |
| 年 龄 |  | 参加工作时间 |  | 身 高 |  |
| 第一学历 |  | 毕业院校及时间 |  | 专 业 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及时间 |  | 专 业 |  |
| 身份证号 |  | 视 力 | 左 右 |
| 获得执业证书时间 |  | 参加2025年执业考试成绩 |  | 联系电话 |  |
| 学习、工作简历(从高中起填写） |  |
| 考生承诺 | 我已仔细阅读本次招聘公告，理解其内容。我郑重承诺：所提供的证书、证件、证明等报名信息和材料属实，对因提供有关信息证件不真实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。  |
|  报考人签名： 年 月 日 |
| 考生报名身高:资格初审结果： 合格（ ）不合格（ ） 初审人签名：  年 月 日 |
| 资格复审结果：合格（ ）不合格（ ） 复审人签名： 监督员签名：年 月 日 |