|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **桂林医学院第二附属医院副护士长应聘报名表**  **填表时间： 年 月 日** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 现学历 |  | 现学位 | |  | 职称及取得时间 |  |
| 工作单位及科室 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 意向科室1 |  | | | | | | |
| 意向科室2 |  | | | | | | |
| 意向科室3 |  | | | | | | |
| 学习经历 | 起止时间 | | 院校名称及专业（从第一学历开始） | | | | 学历（学位） |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 工作经历 | 起止时间 | | 所在单位 | | | | 所在科室 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 获奖情况及业绩成果 |  | | | | | | |
| 优势特长 |  | | | | | | |

请应聘者确认以上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，应聘者承担由此产生的一切后果。

请将学历、学位、职称、业绩成果、荣誉奖项等支撑材料发送到人事科邮箱：efyzzrsk@126.com