附件1

**2024年公开招聘护士报名资格审查表**

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | |  | 出生年月 |  | 照  片 | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | |
| 籍贯 | |  | | 民族 | | |  | 政治面貌 |  |
| 学 历  （学位） | |  | | | | | | 参 加  工作时间 |  |
| 毕业学校 | |  | | 毕业  时间 | | |  | 所学专业 |  | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | 职务 （职称） |  | 婚否 |  |
| 户口所在地  （应届毕业生填入学前的） | | | | |  | | | | | | |
| 家庭详细地址 | | | | |  | | | | 联系电话 |  | |
| 通讯地址 | | | | |  | | | | 邮政编码 |  | |
| 曾获何种专业证书，  有何特长 | | | | |  | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 所受奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | |
| 直系亲属及  主要社会  关系 | 姓 名 | | 关 系 | | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
| 报考单位 | | |  | | | | | | | | |
| 考生签名 | 以上信息均真实、准确。  签名: 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审查意见 | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

填表说明：

1.本表正反面打印，粘贴一寸免冠彩色照片。

2.请报考者认真阅读《招聘公告》后如实准确填写。报考者隐瞒有关情况或提供虚假材料的，由聘用主管机关取消其考试或聘用资格，并按有关规定严肃处理。

3.“直系亲属及主要社会关系”包括夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲和近姻亲。