|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生  年月 |  | 政治面貌 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | 专业 |  | |
| 联系电话 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 家庭住址 |  | | 本人户籍所在地 | |  | |
| 个人简历 |  | | | | | |
| 本人承诺 | 填报内容和提供的证件完全真实，如有不符，本人愿意承担由此产生的一切后果和相关责任。本人如被招录到医院见习，个人愿意服从医院管理，遵守护理见习人员管理制度。 见 习 生 ： 年 月 日 | | | | | |
| 医院  审核意见 | 年 月 日 | | | | | |

**旬阳市妇幼保健院2023年度公开招募见习生申请表**

+