|  |
| --- |
| 附件2：**2017年舟山市市属相关医疗单位定向培养护理专业高职专科毕业生聘用报名表** |
|
| 姓 名 | 　 | 出 生 年 月 | 　 | 照片 |
| 性 别 | 　 | 户　籍　　所在地 | 　 |
| 毕业学校 及时间 | 　 | 学籍性质 及学制年限 | 　 |
| 家庭　 　地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 学 习　　　　简 　　历 | 　 |
|
| 获奖及 担任相关职务 情况 | 　 |
| 备注 | 以上内容属实，如有弄虚作假行为后果自负。 报考人签名： 2017年 月 日 |
|