附件：

楚雄州精神病医院报名人员信息登记表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  | | 贴照片处 | |
| 政治面貌 |  | | 出生年月日 | | |  | |
| 籍贯 |  | | 婚姻状况 | | |  | |
| 所学专业 |  | | 特长及爱好 | | |  | |
| 学历 |  | | 学位 | | |  | | 身高 |  |
| 户口所在地 |  | | 身份证号 | | |  | | | |
| 毕业学校、毕业时间 | |  | | | | | | | |
| 外语语种 |  | 外语水平 | | |  | | 计算机水平 | |  |
| 联系电话 |  | | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 拟应聘岗位 |  | | | | | | | | |
| 主要简历 | | | | | | | | | |
| 起止年月 | 学习、工作单位 | | | | | 职称/职务 | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
| 资质证书情况： | | | | | | | | | |
| 声明：以上填写的信息真实准确，如若不实，责任自负。 | | | | | | | | | |