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。 |