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 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 身份证号 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身高 |  | 体重 |  | 主要特长 |  |
| 应聘岗位 |  | 是否服从分配 |  |
| 有无资格证书 |  | 证书编号 |  |
| 家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人简历 | 起止年月 | 毕业院校或工作单位 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

声明：以上填写的信息真实准确，如若不实，责任自负。本人签字：