附件2

乐山市五通桥区精神病医院自主招聘人员报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 蓝底照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 身高 |  |
| 学历（学位） |  | 健康状况 |  | 现从事专业 |  |
| 全日制毕业院校及专业 |  | 手机号码 |  |
| 最高学历毕业院校及专业 |  | 护士执业证号码 |  |
| 身份证号码 |  | 资格证号码 |  |
| 户口所在地 |  | 现居住地 |  |
| 现工作单位名称（规范全称） |  | 工作单位等级（如三甲…二乙等） |  |
| 个人简历 |  |

报名人签名： 报名时间：