

# 雲林縣衛生局公開甄選人員報名表

附件2

報名日期： 年 月 日

|                         |                                                                         |                                                               |       |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------|
| 應徵職缺                    | 「強化社會安全網第二期計畫-策略三：強化精神疾病及自殺防治服務，精進前端預防及危機處理機制」約聘護理師（雲林縣社區心理衛生中心東勢分站護理師） |                                                               |       |
| 姓 名                     |                                                                         | 出生年月日                                                         | 年 月 日 |
|                         |                                                                         | 身分證統一編號                                                       |       |
| 現職服務機關<br>名稱            |                                                                         | 職稱                                                            |       |
| 最高學歷<br>(學校及科系)         |                                                                         |                                                               |       |
| 考試年度及種類                 |                                                                         | 考試及格證書<br>名稱                                                  |       |
| 經歷                      |                                                                         | 經歷證件                                                          |       |
| 工作年資                    |                                                                         | 合計： 年 月                                                       |       |
| 備註                      |                                                                         | 以上資料報名時均請附正本與副本一份，正本於報名時驗畢後當場立即退還，影本請於左下角註明「與正本相符」並加蓋私章，以示負責。 |       |
| 聯絡電話<br>通訊地址            | (宅) (公)<br>(手機)<br>地址：□□□-□□                                            |                                                               |       |
| 報名人                     |                                                                         |                                                               |       |
| 雲林縣衛生局<br>心理衛生企劃科<br>審查 |                                                                         |                                                               |       |

(請親筆簽名及蓋私章)