附件2

丽江市2020年卫生健康系统面向全国开展

专项招聘优秀高校毕业生补充招聘报名表

**报考单位： 报考岗位**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民族 | |  | | 贴照片处 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 |  | | 学历 | |  | |
| 身份证号 | |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 毕业时间 | |  | | 所学专业 | | |  | | |
| 毕业学校 | |  | | | 籍贯 | | | |  | |
| 毕业证  书编号 | |  | | | 个人档案所在地 | | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | 邮政编码 | | | |  | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | |
| 家庭主  要成员  及情况 | |  | | | | | | | | |
| 招聘单位审核意见： | | | | | | | | | | |