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： |