附件2

楚雄州应对新冠肺炎影响大幅增加名额面向全国开展医疗卫生机构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： 岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： |