附件2

大理州第二人民医院

2021年度公开选调事业单位工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  |
| 籍 贯 |  | 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 专 业 |  |
| 工作单位及职务 |  | 基层工作经历年限 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| **报考岗位及代码** |  |
| 简 历（从大学填起） |  |
| 单位报考意见：(盖章)年 月 日 | 主管部门报考意见：(盖章)年 月 日 | 同级人社部门报考意见：(盖章)年 月 日 |