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 | |