

附件 2:

## 楚雄州第二人民医院编制外人员报名登记表

填表时间： 年 月 日

|        |      |    |           |      |      |      |
|--------|------|----|-----------|------|------|------|
| 姓名     |      | 性别 |           | 出生年月 |      | 贴照片处 |
| 籍贯     |      | 民族 |           | 政治面貌 |      |      |
| 联系电话   |      |    | 电子邮箱      |      |      |      |
| 身份证号   |      |    |           |      |      |      |
| 学历     |      | 学位 |           | 所学专业 |      |      |
| 毕业学校   |      |    |           |      | 毕业时间 |      |
| 身高     |      | 体重 |           | 主要特长 |      |      |
| 应聘岗位   |      |    | 是否服从分配    |      |      |      |
| 有无资格证书 |      |    | 证书编号      |      |      |      |
| 家庭成员   | 称谓   | 姓名 | 出生年月      | 政治面貌 | 工作单位 |      |
|        |      |    |           |      |      |      |
|        |      |    |           |      |      |      |
|        |      |    |           |      |      |      |
|        |      |    |           |      |      |      |
| 本人简历   | 起止年月 |    | 毕业院校或工作单位 |      |      |      |
|        |      |    |           |      |      |      |
|        |      |    |           |      |      |      |
|        |      |    |           |      |      |      |

声明：以上填写的信息真实准确，如若不实，责任自负。本人签字：