附件2

|  |
| --- |
| **红河州第三人民医院（红河州肿瘤医院）****合同制人员招聘报名表** |
| 年 月 日 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 生源地 |  |
| 外语水平 |  | 语种 |  | 计算机水平 |  |
| 身份证号码 |  | 身高 |  |
| 学历情况 | 全日制学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  |
| 在职学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 家庭主要成员状况 | 与本人关系 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个人简历 |  |
| 何时何地受何种奖励及处分 |  |
| 报考岗位 |  | 本人签名 |  |