

附件 2

云南省高校毕业生就业见习报名表

编号:

填表日期:

| | | | | | |
|---------|--------------|------------|--------------------------|------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | |
| 身份证编号 | | | 文化程度 | | |
| 毕业学校 | | | 所学专业 | | |
| 毕业证号 | | | 毕业时间 | | |
| 职业资格证书 | 专业(工种): | | 等级: | | |
| 家庭地址 | | | 所属地区 | | |
| 联系电话 | | | 邮政编码 | | |
| 联系邮箱 | | | | | |
| 学习和工作经历 | | | | | |
| 起止年月 | 学校或单位 | | 学习专业或工种(岗位) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 报名见习单位 | 云南省保山市第二人民医院 | 报名见习专业(岗位) | 1. 第一意向岗位: 2. 第二意向岗位: | | |
| 见习基地意见 | | | | | |
| 备注 | | | | | |